Aus dem Cecilienhaus Berlin-Charlottenburg, Berliner Straße 137.
Direktor: Prof. Dr. med. Bracht

Über
Manuelle Placentalösung und Nachtastung

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Jolanda Lamschik
aus Berlin

Tag der Promotion: 26. April 1935

Buchdruckerei Rudolph Pfau, Berlin NW 7, Luisenstraße 21

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin

---

Dekan: Prof. Dr. Magnus
Referent: Prof. Dr. Bracht
Korreferent: Prof. Dr. W. Stoeckel

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem lieben Vater

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544312_0097

Am Geburtenmaterial des Cecilienhauses Berlin sollen die Manuelle Placentalösung und die Nachtastung während der letzten zehn Jahre (1925—1934) bewertet werden, einmal in Hinsicht auf die Häufigkeit des Eingriffs, sodann bezüglich der Mortalität und Morbidität, ferner werden Indikation, Technik undAetiologie besprochen.

Es handelt sich lediglich um klinisch behandelte Fälle, bei denen der Eingriff unter konservativster Indikationsstellung und peinlichster Asepsis ausgeführt wurde. Nicht miteinbezogen sind naturgemäß die manuellen Eingriffe nach Aborten und abdominaler Schnittentbindung, dagegen sämtliche nach irgendwelchen anderen geburtshilflichen Operationen. In den Tabellen sind letztere jedoch gesondert angeführt, da in diesen Fällen ein erhöhter Morbiditäts-Prozentsatz nicht allein der manuellen Placentalösung zur Last gelegt werden darf. Ferner findet selbstverständlich eine gesonderte Aufstellung von den Fällen mit manueller Placentalösung und jenen mit Nachtastung statt. Es sind zwar Eingriffe ähnlichen Charakters, jedoch bedeutet die Lösung einer ganz oder teilweise fest sitzenden Placenta einen weit schwereren Eingriff als die bloße Austastung mit oder ohne Ausräumung von Resten.

Bei der Durchsicht des gesamten Archivs von 1925 bis 1934 fand ich unter einem Material von 8 956 Geburten 124 Fälle, von denen 47 Fälle = 0,52% auf manuelle Lösungen und 77 Fälle = 0,86 % auf Nachtastungen entfallen. Die Häufigkeit dieser Eingriffe an unserer Klinik beträgt somit ein Beträchtliches weniger, als die in anderen Statistiken angegebenen:

Z. B. Heyrowsky Prag
0,85% Manuelle Placentalösungen
1,35% Nachtastungen
Heidler-Steinhardt Wien
1,56% Manuelle Placentalösungen
Katz Wien
1,2% Manuelle Placentalösungen
Wagner,
0,68% Manuelle Placentalösungen
Kiefer Tübingen
1,7% Manuelle Placentalösungen
2% Nachtastungen

Heidler betont zwar, daß auf die Einschränkung dieser Operation im klinischen Betriebe wenig Wert zu legen sei. Er hebt hervor, daß mit jährlichem Steigen dieses Eingriffs die Todesfälle an Sepsis durch Verschleppung sehr zurückgegangen seien, wie folgende Zahlen aus dem 21jährigen Material der II. Wiener Universitäts-Frauen-Klinik beweisen sollen:

Chrobak-Rosthorn	35	Placentalösungen jährlich	3,9 %	Todesfälle an Sepsis durch Verschleppung.
Wertheim	44	„	3,16 %	
Kermauner	63	„	1,8 %	

Dahingegen sei erwähnt, daß am Cecilienhaus, wo die Anzahl der manuellen Placentalösungen jährlich zwischen 1 und 15 schwankt, kein einziger Todesfall durch Verzögerung des Eingriffs zu verzeichnen ist.

Was die Nachtastungen anbetrifft, so wird auch an dieser Klinik bei sicher unvollständiger Placenta sofort die Nachtastung ausgeführt. Man macht diesen Eingriff stets von der positiven Milchprobe abhängig und unterläßt ihn, wenn die Milchprobe negativ ist. Trotzdem haben auch wir bei der Gesamtzahl von 77 Nachtastungen 15 Fälle zu verzeichnen, wo wegen scheinbarer Unvollständigkeit der Placenta eine explorative Nachtastung vorgenommen wurde. Diese Zahlen stehen in großem Gegensatz zu denjenigen in einer Statistik von E. Krieger (Nordostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie 1930), wo in 5 Jahren bei 6643 Geburten 214 mal nachgetastet wurde, also in 3,2% der Fälle. Dabei wurde

bei 2/3 der Fälle umsonst nachgetastet und nur 62 mal Reste entfernt. Trotzdem ist noch angegeben, daß 7 mal bei der Placenta-Inspektion, die dort von mehreren Aerzten vorgenommen wird, Defekte übersehen wurden, und Reste im Uterus verblieben waren! Die Morbidität mit Fieber über 30° wird in jener Abhandlung mit 0,9%, die Mortalität = 0 % angegeben. E. Krieger vertritt die Auffassung Zangemeister's (1917 und 1921), daß eine ganz sichere Diagnose auf Vollständigkeit der Placenta nicht möglich sei. Bei der Aussprache äußert sich Fuchs (Danzig) dahin, daß eine weitgehende Zurückhaltung bei der Nachtastung nicht am Platze sei und begründet diese Ansicht mit den oben angegebenen guten Ergebnissen.

An dieser Stelle sei noch auf eine Arbeit von Hoehne (Kiel) aus dem Jahre 1914 aufmerksam gemacht über Placenta-Reste, die der Aufmerksamkeit des Geburtshelfers selbst in der Klinik entgangen sind. Er beschreibt dort 8 Fälle. Bei 3 erfolgte baldige Spontanausstoßung mit subfebrilem Wochenbett, bei den anderen 5 traten Dauerblutungen auf, weswegen dann schließlich die Nachtastung vorgenommen wurde, und zwar erst 1—10½ Wochen post partum. Die Resultate muten sonderbar an: 4 fieberfrei verlaufene Fälle und nur 1 puerperale Sepsis, die geheilt wurde — dort waren noch Forceps und Uterustamponade vorangegangen.

Selbstverständlich sollen jene Angaben keine Propaganda für allzu expectatives Verhalten sein, sondern bei sicher unvollständiger Placenta wird auch am Cecilienhaus unbedingt sofort nachgetastet. Die Forderung, unnötige Nachtastungen möglichst zu vermeiden, ist durch die immer noch ziemlich hohe Morbiditätsziffer — abgesehen von den oben erwähnten Angaben (0,9%) E. Krieger's — begründet. Bei vorliegendem Material haben wir in 16,9% der Fälle Temperaturen über 38° im Wochenbett zu verzeichnen.

Gesamtmorbidität bei Nachtastungen

Heyrowsky-Prag 1931	24,16%
Katz	23,7 %
Wagner	13,5 %
Kiefer	34,2 %

Selbst Heidler (Wien), der kein Anhänger der Auffassung ist, daß die manuelle Placentalösung die gefährlichste geburtshilf-

liche Operation sei und dies auch für die Nachtastung geltend macht, empfiehlt in seiner Abhandlung „zur Pathologie und Therapie der Nachgeburtsperiode“ (1927) die Milchprobe anzuwenden, da das Fehlen, von Ausströmung der Milch die Vollständigkeit der Placenta beweise und sich dadurch manche überflüssige Austastung vermeiden lasse.

Ueber die Indikationsstellung zur manuellen Lösung der Placenta liegen weniger verschiedene Ansichten vor. Eine auch heute noch mit Einschränkung gültige Aufstellung von Indikationen zum manuellen Eingriff hat 1916 Walther (Gießen) geliefert:

1. Lebensgefährliche unstillbare Blutung in der Nachgeburtsperiode,
2. Dauernde Verhaltung der Placenta
   a) totale oder partielle Adhaerenz
   b) Spasmus des inneren Muttermundes.
3. Sicher nachgewiesener Defekt an der Placenta
   a) Nebenplacenta
   b) Fehlen von Cotyledonen.

(4. Austritt der Placenta in die Bauchhöhle nach Ruptur.)

(5. Inversion des Uterus.)

Bei Uterusrupturen wird man heute wohl kaum mehr die Placenta manuell herauszubefördern suchen, sondern bei den sofort notwendig gewordenen anderen operativen Maßnahmen wie Uterusnaht bezw. Exstirpation, die Placenta mitentfernen. Auch bei Inversio Uteri haben sich die therapeutischen Maßnahmen heutzutage vollständig geändert, sodaß jenes Vorkommnis nicht mehr unter dieses Kapitel fällt. Bei Spasmen des Muttermundes kommt man mit spasmenlösenden und narkotischen Mitteln schonender zum Ziel, als durch einen manuellen Eingriff.

Was die Wartezeit anbetrifft, so verhält man sich hier an dieser Klinik äußerst konservativ. Zunächst gibt man uteruskontrahierende Mittel in Form von Hypophysenpräparaten, wie Pituglandol, Orasthin, u. a. Besteht keine Blutung oder eine nur sehr geringe, so wiederholt man die Injektion im Abstande von 20 Minuten bis 1 Stunde. Dann versucht man die Expression durch den Crédé'schen Handgriff, den man bei Versagen in Narkose wiederholt. In den meisten Fällen er-

scheint nach diesen Maßnahmen bereits die Placenta. In letzter Zeit wird regelmäßig die Auffüllung der Nabelschnurvene nach Gabaston ausgeführt mit dem Erfolg, daß im letzten Jahre bei 1 209 Gesamtgeburten noch keine Placenta manuell gelöst zu werden brauchte!

Ueber die Brauchbarkeit der Gabaston'schen Methode herrscht heute noch keine einheitliche Ansicht. Einige Autoren, wie Traugott (Frankfurt) empfahlen, das Verfahren bei jeder Art von Placentaretention, auch bei Blutungen, in Anwendung zu bringen und sahen in dieser Methode einen Weg zur erheblichen Einschränkung der manuellen Placentalösung. 1922 auf der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie wurde dieses Thema ausgiebig besprochen. Bereits damals wurden Stimmen laut, daß die Turgeszierung der Placenta nicht in jedem Falle zum gewünschten Erfolge führe, besonders nicht bei Blutungen, da hierbei kostbare Zeit verloren gehe und der Blutung Vorschub geleistet würde. Es lagen nur Erfahrungen an sehr geringfügigem Material vor (2—13 Fälle pro Klinik), so daß man zu keinem allgemein gültigen Ergebnis kam. Heidler griff das Problem auf und berichtet von 33 Fällen, wo er die Auffüllung der Nabelschnurvene mit ca. 300 ccm physiologischer Kochsalzlösung bei Placentaretention ausgeführt habe. Das Ergebnis war 9 erfolgreiche Fälle, 17 totale Versager und in 7 Fällen zweifelhafte Resultate, da die Placenta nicht sofort im Anschluß an die Turgeszierung erschien. Heidler rechnet letztere zu den negativen Fällen und spricht sich bei den so erhaltenen 72,7% Versagung gegen die Auffassung aus, daß die manuelle Placentalösung durch die Gabaston'sche Methode eingeschränkt werden könne. Bei Blutungen stehe das Verfahren überhaupt nicht zur Diskussion.

Wesentlich bessere Resultate liegen aus dem Jahre 1929 von Benzion (Stoeckel'sche Klinik) vor. Dieser hat beobachtet, daß die Häufigkeit der manuellen Placentalösung durch das Gabaston'sche Verfahren tatsächlich auf die Hälfte reduziert werden kann (entsprechend den Ausführungen von Koerting, Traugott, Strecker u. a.). Besonders bei der Placenta adhaerens seien vorwiegend Erfolge zu verzeichnen. Bei Placenta accreta und Tubeneckenplacenten könne man logischerweise durch ein retroplacentares Hydrom keine Lösung erwarten. Auch bei

Blutungen sei die sofort ausgeführte manuelle Placentalösung das kleinere Uebel. Benzion führt die Mißerfolge Heidler's auf zu geringe Turgeszierung zurück (300 ccm physiologische Na C 1-lösung), während er selbst bis zu 2 000 ccm injiciert.

Mit den gleichen Mengen Kochsalzlösung arbeitet man auch am Cecilienhaus und kam zu obengenannten Erfolgen. In genauen Zahlen können die Resultate noch nicht angegeben werden, da das Verfahren regelmäßig erst seit dem letzten Jahre (Prof. Bracht) zur Anwendung kommt.

Was nun die Zeit anbetrifft, die man verstreichen läßt, ehe man sich zu dem intrauterinen Eingriff entschließt, so hängt dies vor allem von dem Zustand der Patientin ab. Man greift rasch ein bei Blutungen, die auf die Hypophysenpräparate nicht sistieren, bei Kollapszuständen, bei Eklampsie und ähnlichen Zwischenfällen. Man wartet ab, wenn keine Blutung auftritt, und der Uterus gut kontrahiert ist. In unserem Material befinden sich Fälle, bei denen 4 bis 18 Stunden abgewartet wurde, ehe man sich nach Versagen aller anderen Maßnahmen zur manuellen Lösung entschloß. Nur in 2 dieser Fälle traten höhere Temperaturen im Wochenbett auf. Bei beiden Fällen handelte es sich um vorzeitigen Blasensprung und Forceps bezw. Perforation. Meistens jedoch war bei diesem expectativen Verhalten ein fieberfreies Wochenbett zu verzeichnen. Eine Regel über die Wartezeit läßt sich jedoch daraus nicht aufstellen, dies muß in jedem Falle dem Ermessen des Geburtshelfers überlassen bleiben.

Ueber die Zeit, in der noch eine Spontanausstoßung der Placenta erwartet werden kann, liegen in der Literatur verschiedene Angaben vor. Nach einer Aufstellung Ahlfeld's erfolgte die Geburt der Placenta:

in	0— 5	Minuten	post	partum	bei	5,16%	der	Fälle
in	6—14	„	„	„	„	6,1 %	„	„
in	15—45	„	„	„	„	39,9 %	„	„
in	46—60	„	„	„	„	10,79%	„	„
in	1 bis 2	Stunden	„	„	„	31,9 %	„	„

Baumgarten errechnete eine Durchschnittsdauer von 20 Minuten post partum. Ein etwas übertriebener Konservativismus scheint den Resultaten von Campe's zugrunde zu liegen, der folgende Ergebnisse bei 100 Fällen bekanntgibt:

1 Stunde	Lösungsdauer in	in 19%	der Fälle
2 Stunden	„ „	in 16%	„ „
7—15 „	„ „	in 36%	„ „
15—50¼ „	„ „	in 13%	„ „

Man ersieht jedoch aus vorstehenden Angaben, daß man bei Retention der Placenta ohne Blutung zu keiner überstürzten manuellen Lösung zu schreiten braucht, und erst nach Versagen von Hypophysenpräparaten, Gabaston und Crédé sich zu diesem Eingriff entschließen soll. Dann wird der intrauterine Eingriff aber anschließend ausgeführt. Man wartet in letzter Zeit nur wenige Stunden, keinesfalls mehr tagelang ab.

Anders liegen die Verhältnisse bei Blutungen. In diesen Fällen spart man soviel Zeit wie möglich, gibt Hypophysenpräparate intravenös, versucht den Crédé in Narkose und schließt bei Nichtgelingen dieser Maßnahmen — d. h. weitere Blutung bei nicht gelöster Placenta — die manuelle Lösung an. Ueber die Wirkung von Wehenmitteln in der Nachgeburtsperiode hat Jess (Karlsruhe 1926) gute Resultate bekanntgegeben. Er gibt stets in den ersten 5 Minuten post partum 1,0 Pituglandol. Ist nach 20 Minuten die Placenta noch nicht gelöst, wiederholt er die Injektion. Er liefert anhand von Tabellen den Beweis, daß bei Verwendung von Pituglandol

1. die Lösungszeit der Placenta um die Hälfte verkürzt wird,
2. um die Hälfte Blut gespart wird,
3. nur die Hälfte der bisherigen Crédé'schen Handgriffe notwendig sind,
4. Blutungen über 1 000 ccm nicht mehr vorgekommen sind.

Fälle, wo der Uterus durch zu starke Kontraktionen zu Tode gehetzt wurde und anschließend exstirpiert werden mußte (Frommolt), sind an der dortigen Klinik nicht vorgekommen. Keinen Erfolg haben die Hypophysenpräparate bei festhaftender Placenta.

Bei dem Material des Cecilienhauses liegen ähnliche Resultate vor. Auch hier wird post partum Pituglandol bezw. Orasthin injiziert und die Injektion bei Verzögerung der Placentalösung oder Blutung wiederholt. Auf diese Weise wird eine manuelle Lösung der Placenta infolge Blutung oft unnötig. Schädigungen auch nach wiederholter Verabfolgung von Hypophysenpräparaten sind nicht beobachtet worden.

Hat man sich nun nach Versagen sämtlicher der oben geführten Maßnahmen zur manuellen Placentalösung oder Unvollständigkeit der Placenta zur Nachtastung entschlossen, wird dieser Eingriff unter allen zu Gebote stehenden aseptisch Cautelen ausgeführt. Von jeher hat man versucht, die Ha möglichst steril in den Uterus hineinzuführen, was wegen unvermeidbaren Passage durch die keimhaltige Vagina stets s erschwert bezw. unmöglich ist. Viele Autoren lassen e Scheidenspülung vorangehen, die aber nicht ausreicht, um e keimfreie Vagina zu gewährleisten. Im Jahre 1897 befa sich Burckhardt bereits mit diesem Problem und machte Vorschlag, die Vagina durch ein besonders zu diesem Zwe breit konstruiertes Speculum abzudecken. Auf diese We brauche die Hand die Scheide überhaupt nicht zu berüh und könne steril in den Uterus gelangen. Er selbst hat ke Beeinträchtigung in der Bewegung der operierenden Hand en funden. Die Methode hat trotzdem keinen allgemeinen A klang gefunden. Man kann sich wohl auch kaum denken, die operierende Hand bezw. der Arm durch ein Metallspecul hindurch ungehindert in alle Teile des post-partalen Ute gelangen soll.

Weniger ängstlich äußert sich Ahlfeldt 1904 über die asep schen Maßnahmen. Er hält sogar den Gummihandschuh überflüssig und gibt an, daß er den Eingriff lediglich mit ste gewaschener Hand ausführe und 0% Mortalität bei sein Fällen zu verzeichnen habe. Angaben über die Morbidität fehl

An unserer Klinik bereitet man sich dazu vor, wie zu je anderen Operation. Ferner benutzt man seit 1930 zunäc probeweise, seit 1931 regelmäßig den von Langer konstruier Gummifausthandschuh. Dieser wird über den gewöhnlich Gummihandschuh gezogen und ist so eingerichtet, daß er der Cervix durch einen Reißverschluß geöffnet werden ka und auf diese Weise die mit der Scheidenwand nicht in rührung gekommene sterile Hand direkt in den Uterus gelan Das Verfahren ist sehr einleuchtend, trotzdem können wir unserem Material ein solch immenses Sinken der Morbidit ziffer, wie Langer es in der Medizinischen Welt vom 4. 3. 1 angibt, nicht aufweisen. Er bespricht dort 111 intrauterine E griffe nach Spontangeburten, von denen 53 Fälle ohne, 58 Fä mit Langer-Handschuh vorgenommen wurden. Er teilt

Fälle in 3 Gruppen ein: fieberfreie, subfebrile (wobei nicht angegeben ist, bei welcher Temperatur diese Fälle abgegrenzt sind) und Fälle mit ausgesprochener Endometritis oder Sepsis und kommt zu folgenden Resultaten (nach Langer):

I. 53 Fälle ohne Langer-Handschuh: fieberfrei = 13 (24,5%), subfebril = 21 (39,6%), Endometritis oder Sepsis = 19 (35,9%).

II. 58 Fälle mit Langer-Handschuh: fieberfrei = 47 (81,0%), subfebril = 11 (19,0%), Endometritis oder Sepsis = 0.

Die Zahl der fieberfrei verlaufenen Fälle ist an unserer Klinik seit Benutzung des Langer-Handschuhs nicht gestiegen, wohl aber sind die hochfieberhaften Fälle zugunsten der subfebril verlaufenen Fälle gesunken. Die erhaltenen Resultate weichen wohl hauptsächlich aus dem Grunde von obenstehenden ab, weil ich die Gruppierung nach Fieberhöhe und nicht nach Fällen mit ausgesprochener Endometritis oder Sepsis vorgenommen habe. Die Grenze zwischen subfebrilen und fieberhaften Fällen liegt bei unserem Material bei einer Temperatur von 38°. Die Wochenbettdauer war nur in 3 Fällen wesentlich verlängert, und zwar betrug sie bei einer manuellen Placentalösung ohne Langer-Handschuh 10 Wochen (vorzeitiger Blasensprung, Temperatur 37,8° intra partum. Vgl. Fall 35), bei einer manuellen Placentalösung mit Langer-Handschuh 41 Tage (letzter Coitus 2 Tage ante partum. Vgl. Fall 41), und bei einer Nachtastung mit Langer-Handschuh 32 Tage (vgl. Fall 56). In 6 weiteren Fällen bei manueller Placentalösung und 2 Fällen bei Nachtastung dauerte das Wochenbett 20—25 Tage, davon verliefen 3 unter subfebrilen Temperaturen. Ferner dauerte ein fieberloses Wochenbett 21 Tage wegen bestehender Nephritis. Würde man die Statistik nach diesen Gesichtspunkten aufstellen, so bekäme man allerdings weit bessere Ergebnisse. Meiner Ansicht nach ist es aber nicht statthaft, Fälle, bei denen länger als 1 Tag eine Temperatur von 38° besteht, zu der subfebrilen Rubrik zu zählen. Ferner ergibt wohl eine Reinigung der Fälle, wie Jeß sie 1925 vornahm, indem er sämtliche unter 38° verlaufenden Wochenbette als nicht krank bezeichnete, kein wahres Bild der Morbidität. Gocke (Münster) 1933 bezeichnet Fälle mit kurz dauernden Temperatursteigerungen bis 38,5° und normalem Entlassungstermin als normalen Verlauf.

Deshalb sind hier die Fälle nach folgenden Gesichtspunkte eingruppiert:
Gruppe I = völlig fieberfreie Fälle
Gruppe II = subfebrile Fälle (Temperaturen zwischen 37 u. 38°
Gruppe III = fieberhafte Fälle (Temperaturen über 38°).

Zur genauen Information ist zu jedem Fall ein kurze Auszug aus der Krankengeschichte angeführt, der über wichtig anamnestische Angaben, Art der Geburt, Nachgeburtsperiod Wochenbettverlauf und interkurrente Krankheiten Auskunft gib Die Fälle sind wie die zusammenfassenden Tabellen nach d oben angegebenen Gruppierung angeordnet.

Bevor ich nun zur Aufzählung der einzelnen Fälle gelang soll noch einiges über die prophylaktischen Maßnahmen gesag werden, die nach stattgehabtem intrauterinem Eingriff zur An wendung kommen, um eine Infektion zu verhüten bezw. di Virulenz verschleppter Keime herabzusetzen. Die Methode de Uterusspülung ist seit langem bekannt und weit verbreitet. I einer bereits oben zitierten Arbeit von Burckhardt (1897) emp fiehlt dieser eine 1%ige Lysollösung zur Spülung nach intraute rinen Eingriffen. An der Stoeckel'schen Klinik wird heut noch eine 0,5%ige Lysolspülung mit guten Erfolgen ange wendet. Die geringere Konzentration soll die Intoxikations möglichkeit auf dem Wege der klaffenden Venenlumina herab setzen.

Am Cecilienhaus bedient man sich zur Uterusspülun 60%igen Alkohols. Danach wird ein Secalepräparat, meisten 1,0 Gynergen, injiciert, um eine Dauerkontraktion des Uteru zu erzielen. Eventuell wird die Injektion nochmals wiederhol Meistens genügen diese Maßnahmen. In komplizierteren Fällen besonders nach Blutungen, vorangegangenen anderen geburts hilflichen Operationen oder Fieber intra partum muß man noc zu anderen Mitteln greifen. Der Blutverlust muß nach Mög lichkeit ausgeglichen werden, dies geschieht durch Kochsalz infusion, Kochsalz + Traubenzucker-Injektionen intravenös rectale Bluttropfeinläufe, Autotransfusionen, und in gan schweren Fällen nimmt man eine Bluttransfusion vor. Nac langdauernden schweren Geburten, vorzeitigem Blasensprung un ähnlichen Fällen mit erhöhter Infektionsbereitschaft wurde frühe prophylaktisch 40—100 ccm Normal-Rinder- oder Pferdeseru oder 25—50 ccm Antistreptokokkenserum injiciert. In letzter Zei haben sich prophylaktische Injektionen von Myjod bewährt.

Bei schlechtem Puls und Kollapszuständen verabfolgt man in üblicher Weise Cardiaca.

Es folgt nun die Aufzählung der einzelnen Fälle.

Unter dem vorhandenen Material befinden sich zwei letal verlaufene Fälle. Beide Male handelt es sich nicht um Ereignisse, die dem manuellen Eingriff zur Last gelegt werden dürfen, da die Patientinnen nicht an einer Infektion, hervorgerufen durch die Placentalösung bezw. die Nachtastung, ad exitum gekommen sind.

Fall 1.

Frau H. K. 25 Jahre, I para. Anamnese: Rachitis, sonst nie krank gewesen, jetzt Oedem der Vulva und der großen Labien. Im Urin Spuren von Eiweiß.

16. 4. 1926. 23.30 Uhr eingeliefert mit gesprungener Blase und schlechten Wehen.

17. 4. 1926. 5.00 Uhr Abgang von mekoniumhaltigen Fruchtwasser, Herztöne 90—100. Muttermund Dreimarkstückgroß. 8.30 Uhr Muttermund handtellergroß. Preßwehen. 9.45 Uhr Geburt eines nach leichtem Hautreizen schreienden Kindes. 10.05 Uhr mittlere Blutung, Placenta noch nicht gelöst. 200 ccm Katheterurin. 1 ccm Hypophysin i. v. 11.49 Uhr Status idem. 1,0 Hypophysin. Eine Minute nach der Injektion bäumt sich der Uterus auf. Die Blutung steht, es gelingt aber nicht, die Placenta zu exprimieren. Puls 120—130, schlecht gefüllt. 12.30 Uhr Auffüllung der Nabelvene nach Gabaston mit physiologischer Kochsalzlösung. Es gelingt nur etwa 200 ccm zu infundieren, kein Erfolg. 12.45 Uhr Crédéversuch im Aetherrausch ohne Erfolg. Puls 140. Sehr wechselnd. Keine Blässe. 14.00 Uhr Nochmaliger Crédé in Narkose ohne Erfolg. 14.17 Uhr Manuelle Placentalösung: Placenta ist in fast Handtellergröße an der rechten Tubenecke adhaerent und kann nur mit Mühe gelöst werden. (Aetherverbrauch 80 g) 14.20 Uhr Uterus kontrahiert sich gut nach 1 ccm Gynergen. Keine Blutung. Puls 140, gut gefüllt. 14.50 Uhr Verschlechterung des Pulses, zeitweise kaum fühlbar. 5 ccm Kampfer, 1 ccm Koffein. 1000 ccm Kochsalz subkutan, danach wieder Besserung des Pulses. 14.55 Uhr Erneute Verschlechterung, zunehmende Cyanose des Gesichtes und der Lippen, starke Unruhe. 5 ccm Kampfer, 1 ccm Koffein. 15.20 Uhr Cyanose wird stärker, Patientin ist sehr unruhig, Puls nur zeitweise noch fühlbar. 15.40 Uhr Atmung sehr beschleunigt, Puls aussetzend, Patientin ohne Bewußtsein, am Herzen nur vereinzelte Schläge hörbar. Atmung aussetzend. $1/2$ ccm Adrenalin intracardinal. 15.42 Uhr Erneutes Einsetzen der Atmung, Auftreten vereinzelter Herzschläge, Puls nicht zu fühlen. Künstliche Atmung, Sauerstoff. 16.15 Uhr Exitus letalis.

Sektionsergebnis: Eine lebensgefährdende Folge der manuellen Placentalösung ist auszuschließen, da eine möglichenfalls in Betracht zu ziehende Luftembolie von der Gebärmutter aus nicht nachweisbar war. Anzeichen ernsthafter Blutarmut fehlen vollständig. Die Unter-

suchung der Organe ergibt als einzigen schwerwiegenden organischen Befund eine Glomerulonephritis, nicht ganz frischen, oder aber sehr akuten Charakters, wie sie seit den Untersuchungen Dietrich Beitzke's und anderer als immerhin seltene Ursache überraschender Todesfälle hinreichend bekannt ist. Ihr entspricht auch eine leucozytäre, zellige Absonderung in den Nierenbecken, die auf einer Seite — wie es bei Schwangerschaften häufig vorkommt — durch eine aufsteigende Bakterieninfektion veranlaßt, gleichzeitig Bakterien zeigen, während die Absonderung auf der linken Seite steril ist.

Fall 2.

Frau E. S. 31 Jahre, I para. Anamnese: Nie krank gewesen. Befinden in der Schwangerschaft gut.

11. 7. 1933. 5.25 Uhr Spontangeburt. 5.40 Uhr Placenta spontan, erscheint nicht vollständig. Milchprobe positiv. 6.10 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Uterus schlaff, atonisch, voll Coagula, rechts kleinapfelgroßes subseröses Myom. In der Nähe der rechten Tubenecke an der Vorderwand dreimarkstückgroßes Placentastück. 1,0 Orasthin. Danach gute Kontraktion. Puls klein, 1,0 Koffein. Danach Puls gebessert. 7.00 Uhr plötzlicher Kollaps, Cyanose, Strophantin + Traubenzucker, 1000 ccm Na Cl + 1,0 Koffein, Sauerstoff. Keine Besserung. 7.25 Uhr auf Dauerinfusion von 1000 ccm Na Cl + 25 ccm Traubenzucker vorübergehend Besserung. 7.30 Uhr rapide Verschlechterung, Cyanose, Pupillenstarre. 7.35 Uhr Exitus letalis.

Sektionsergebnis: Die Sektion ergibt hochgradige allgemeine Anämie, Himbeermark in den Röhrenknochen. Knochenmark histologisch: Fettmark: Zellmark = 1:1. Alle Vorstufen der Blutzellen besonders der roten Blutkörperchen Haemosiderinablagerungen in der Leber, herdförmige Verfettungen der Leber, Schwellung der Nieren. — Uterus unverletzt, gut kontrahiert und leer. — Diag.: Schwangerschaftsanämie.

Über das Kapitel der Schwangerschaftsanämie liegen von Esch eingehende Untersuchungen vor. In seinen Ausführungen „Ueber Dauerheilungen und die Aetiologie der perniciosa-ähnlichen Schwangerschaftsanämie" weist er darauf hin, daß ein Unterschied zwischen dieser und der Biermerschen Erkrankung nur in dem Verlauf zu finden ist, da bei der Schwangerschaftsanämie nach überstandenem Wochenbett Dauerheilungen auftreten können. Das Blutbild ist dasselbe wie bei der echten Perniciosa, desgleichen die Veränderungen im Knochenmark. Diese werden von einigen Autoren verschieden gedeutet. Nach Nägeli sollen sie durch spezifische Schwangerschaftstoxine ausgelöst werden, Esch und Morawitz halten sie für eine kompensatorische Erscheinung wie bei der echten perniciösen Anämie. Die Schwangerschaft selbst ist bei dieser Krankheit das auslösende Moment durch Ueberanstrengung des erythropoetischen Systems. Wie gefährlich dieser Zustand ist, geht aus 6 von Esch beobachteten Fällen hervor, von denen bereits drei im Wochenbett starben.

Nach vorstehenden Ausführungen kann man den intrauterinen Eingriff als ursächliches Moment für den tödlichen Ausgang wohl ausschalten.

A. Fieberfrei verlaufene Fälle von manueller Placentalösung:

Fall 3.

Frau E. T. 26 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

10. 7. 1926. 6.35 Uhr Spontangeburt. 7.50 Uhr Placenta noch nicht gelöst. 1,0 Hypophysin. 8.30 Uhr Crédé in Narkose ohne Erfolg. 12.20 Uhr nochmaliger Crédé in Narkose erfolglos. Manuelle Placentalösung: Placenta ist in der linken Tubenecke breit adhaerent. Fieberfreier Wochenbettverlauf. Patientin wird am 12. Tage post partum entlassen.

Fall 4.

Frau M. G. 32 Jahre, I para. Anamnese: 1921 Gebärmutterknickung, Operation. 1 Abort, Abrasio.

27. 4. 1927. 19.00 Uhr wegen Stillstand der Geburt und Erschöpfung der Patientin Perforation. 20.20 Uhr Placenta löst sich nicht. Crédé in Narkose erfolglos. 22.20 Uhr 1,0 Pituglandol.

28. 4. 1927. 3.00 Uhr Status idem. Keine Blutung. 1,0 Hypophysin. 6.00 Uhr Status idem. 7.25 Uhr 1,0 Pituglandol. 11.30 Uhr Crédé in tiefer Narkose ohne Erfolg. 13.35 Uhr Manuelle Placentalösung: Ein Stückchen Placenta fehlt, kann trotz gründlichen Nachtastens nicht gefunden werden. 1,0 Pituglandol, 1,0 Gynergen. Keinerlei Blutung. Fieberfreier Wochenbettverlauf. Patientin verläßt am 9. Tage post partum die Klinik.

Fall 5.

Frau A. Sch. 32 Jahre, I para. Anamnese: Rachitis 1 Abort (Curettage).

5. 1. 1928. 12.01 Uhr Spontangeburt. 12.30 Uhr schlechte Nachwehen. 1,0 Hypophysin. 13.00 Uhr 1,0 Pituglandol. 14.00 Uhr Crédé in Narkose ohne Erfolg. 14.30 Uhr Manuelle Placentalösung: Lösung bereitet große Schwierigkeiten. (Histologisch: Placenta adhaerens.) 1,0 Gynergen 1,0 Physormon. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts. Am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 6.

Frau M. K. 39 Jahre I para. Anamnese: Lues.

22. 12. 1929. 15.50. Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol i. v. 13.25 Uhr leichte Blutung. 13.50 Uhr Crédé ohne Erfolg. 14.50 Uterus leicht atonisch. Blutverlust ca. 500. 1,0 Pituigan forte. 15.10 Uhr gute Kontraktion. Blutung steht. Placenta noch fest. 16.30 Uhr erneute Blutung. 16.45 Uhr Crédé in Narkose erfolglos. 17.45 Uhr Manuelle Placentalösung: Placenta im Fundus und in der linken Tubenecke in Handtellergröße adhaerent. Nachtastung befördert noch reichlich kleine Deciduateile heraus. Uterus darauf gut kontrahiert. 50 ccm Serum. Fieberfreier Verlauf. Patientin wird am 11. Tage post partum entlassen.

Fall 7.

Frau L. P. 35 Jahre I para. Anamnese: o. B.

17. 5. 1930. 0.09 Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol i. v. 1.00 Uhr

dauernde Blutung. 1.45 Uhr 0,5 Orasthin i. V. Uterus steinhart, Pl
centa löst sich nicht. 2.00 Uhr Uterus wird weich. Crédé und Crédé
Narkose ohne Erfolg. 2.35 Uhr Manuelle Placentalösung: Pl
centa in der linken Tubenecke adhaerent. 2.38 Uhr Nachtastung: Uter
leer. Gesamtblutverlust ca. 900 g. Keine Nachblutung. 0,5 Orasthin i.
25 ccm Streptokokkenserum. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts. A
10. Tage post partum entlassen.

Fall 8.

Frau E. P. 30 Jahre I para. Anamnese: Rachitis. Nephritis.

13. 11. 1930. 4.17 Uhr Spontangeburt. 5.00 Uhr 1,0 Pituglandol i.
6.00 Uhr Placenta noch nicht gelöst. 1,0 Pituigan forte. Temp. 37,9
Keine Blutung. 12.20 Uhr Crédé in Narkose ohne Erfolg. 12.25 Uhr unte
Anwendung des Langer-Handschuhs manuelle Lösung der in de
linken Tubenecke und an der Vorderwand festsitzenden Placenta. Nach
tastung: Uterus leer. 1,0 Gynergen. Keine Nachblutung. Fieberfreier Ver
lauf des Wochenbetts. Patientin wird am 11. Tage post partum entlassen

Fall 9.

Frau A. Sch. 43 Jahre, II para. Anamnese: o. B.

3. 2. 1931. 19.23 Uhr Extraktion eines Kindes aus Steißlagen. 21.10 Uhr
Patientin blutet reichlich. Manuelle Lösung der teils adhaerenten Pla
centa mit Langer-Handschuh. Danach Atonie. Schwerer Kollaps. Koch
salzinfusion, Exitantien. Nach völlig fieberfreiem Wochenbett am 10. Tag
post partum entlassen.

Fall 10.

Frau E. M. 28 Jahre, II para. Anamnese: Bereits bei der erste
Geburt manuelle Placentalösung.

17. 2. 1931. 17.40 Uhr Spontangeburt. 18.00 Uhr Placenta noch nich
gelöst. Blutung von ca. 600 ccm. 1,0 Pituglandol i. v. 18.20 Uhr Crédé in
Narkose ohne Erfolg. 18.45 Uhr Manuelle Placentalösung mi
Langer-Handschuh. Placenta haftet sehr fest. 18.50 Uhr Nachtastung
mit neuem Langer-Handschuh. Gesamtblutverlust ca. 1800 ccm. Kollaps
Kochsalz, Exitantien. Nach völlig fieberfreiem Wochenbett am 10. Tage
post partum entlassen.

Fall 11.

Frau J. B. 34 Jahre, IV para. Anamnese: 1 Abort.

21. 3. 1931. 9.22 Uhr Spontangeburt. 9.32 Uhr starke Blutung ca. 1000
ccm. Auf Pituglandol und Crédé löst sich die Placenta nur zum Teil, bleibt
in der Cervix hängen. 10.18 Uhr Manuelle Lösung mit Langer-Hand-
schuh, der im unteren Uterinsegment adhaerenten Placenta. Wochen-
bett völlig fieberfrei. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 12.

Frau L. L. 29 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

17. 4. 1931. 15.05 Uhr nach Muttermundsdehnung Ausstoßung eines
mazerierten Foeten. 17.45 Uhr Placenta nach Pituglandol i. v. nicht ge-

löst. Keine Blutung. Temp. 37,7°. 21.55 Uhr Manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh und erneutes Eingehen mit neuem Langer-Handschuh zur Nachtastung, danach Uterus leer. Nach fieberfreiem Wochenbett am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 13.

Frau A. W. 43 Jahre, II para. Anamnese: 3 Aborte.

27. 4. 1931. 18.55 Uhr Spontangeburt. 20.30 Uhr wegen starker Blutung mit Langer-Handschuh manuelle Placentalösung. Atonische Nachblutung. Wochenbett fieberfrei. Aufstehen am 9. Tage post partum. Behandlung der Anämie. Am 19. Tage entlassen.

Fall 14.

Frau K. R. 30 Jahre, III para. Anamnese: o. B.

7. 5. 1932. 22.45 Uhr wegen Stillstand der Geburt Forceps. 23.40 Uhr Placenta nicht gelöst. Starke Blutung. Deshalb manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh. Völlig fieberfreies Wochenbett; am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 15.

Frau E. G. d. G. 22. Jahre I para. Anamnese: o. B.

8. 9. 1932. 10.00 Uhr Partus praematurus. Kind tot. 12.45 Uhr Placenta liegt zum Teil in der Vagina, löst sich aber auf kräftigen Crédé in Narkose nicht ab. 13.00 Uhr manuelle Lösung mit Langer-Handschuh, der an der Vorderwand sehr adhaerenten Placenta. Nachtastung ergibt noch einige Placentarbröckel. Völlig fieberfreier Verlauf des Wochenbetts. Am 11. Tage post partum entlassen.

Fall 16.

Frau W. M. 27 Jahre I para. Anamnese: 1 Abort.

8. 11. 1932. 15.40 Uhr Spontangeburt. 16.50 Uhr mäßige Blutung. Pituglandol. Orasthin bewirken nicht die Lösung der Placenta. Crédé ohne Erfolg, desgleichen in Narkose. 17.30 Manuelle Lösung mit Langer-Handschuh der im rechten Tubenwinkel adhaerenten Placenta. Nachtastung ergibt keinen Rest mehr. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts. Am 15. Tage post partum entlassen.

B. Subfebril verlaufene Fälle von manueller Placentalösung.

Fall 17.

Frau A. Th. 27 Jahre I para. Anamnese: Rachitis. 2 Aborte. Ab drittem Schwangerschaftsmonat leichte Oedeme der Beine.

27. 7. 1925. 4.15 Uhr Spontangeburt. 4.45 Uhr Patientin blutet. Crédé ohne Erfolg. Expression eines Haematoms ca. $1\frac{1}{2}$ Liter Blut. Puls klein flatternd. 1,0 Pituglandol. 5.30 Uhr erneute mäßige Blutung. Kollaps. Crédé mißlingt wieder. 1,0 Pituglandol. Uterus weich trotz dauernden Haltens. 6.15 Uhr nochmaliger vergeblicher Crédé in Narkose, dann manuelle Placentalösung. Placenta ist in der linken Tubenecke

adhaerent. 2,0 Ergotin, 4,0 Kampfer, 1,0 Digalen, Kochsalztropfeinlauf. 8.00 Uhr Puls kaum fühlbar. Tropfklysma mit 1,0 Koffein und 1,0 Digalen. Im weiteren Verlauf Befinden gut. Nur geringe abendliche Temperatur steigerungen bis 37,5°. Patientin steht am 14. Tage post partum auf und wird 10 Tage später geheilt entlassen.

Fall 18.

Frau E. D. 39 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

10. 2. 1926. 20.47 Uhr Extraktion eines toten Kindes aus Steißlage. 21.50 Uhr Placenta noch nicht gelöst. Crédé ohne Erfolg. Keine Blutung. 1,0 Pituglandol. Uterus in Nabelhöhe kontrahiert. 22.50 Uhr Status idem. 23.50 Uhr Crédé in Narkose erfolglos.

11. 2. 1926. 0.12 Uhr manuelle Placentalösung: Angeblich Placento accreta (histologisch nicht erwiesen). 0.20 Uterus wird weich, mittelstarke Blutung. Puls klein, Aortenkompression. 0.35 Oeffnen der Klemme. Uterus gut kontrahiert. 0.50 Uhr Uterus wird wieder weich und steif. Erneute Blutung. Reiben und Gynergen ohne Erfolg. Blutungen ca. 150 ccm, Puls kaum fühlbar, plötzliche hochgradige Anämie des Gesichtes. Erneutes Anlegen der Aortenklemme. 1,0 Pituglandol. 1200 ccm Kochsalz i. v., 5 ccm Kampfer. 0.55 Uhr Puls erholt, Blutung steht. 1.05 Uhr nach Abnahme der Klemme keine weitere Blutung, Puls gut gefüllt, Uterus gut kontrahiert. Gelegentliche Temperatursteigerungen bis auf 37,8°, sonst koplikationsloser Verlauf. Am 17. Tage post part. entlassen.

Fall 19.

Frau M. W. 38 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort.

20. 6. 1930. 1.50 Uhr Spontangeburt. 3.30 Uhr trotz Pituglandol i. v. und Pituigan forte Placenta noch nicht gelöst. Mäßige Blutung. 3.55 Uhr Crédé ohne Erfolg, desgleichen in Narkose. 4.30 Uhr Blutverlust ca. 600 g. 0,5 Orasthin i. v. Es blutet weiter. 5.10 Uhr nach erfolglosem forciertem Crédé in Narkose manuelle Lösung der an der Vorderwand breit adhaerenten Placenta. 5.15 Uhr Nachtastung: Uterus leer. Ergopit, Eisblasen, keine Nachblutung. In den ersten 3 Tagen post partum subfebrile Temperaturen, weiterhin fieberfreier Verlauf. Am 8. Tage entlassen.

Fall 20.

Frau D. K. 26 Jahre, II para. Anamnese: Chorea. Erstes Kind faultot. Nephrose. Jetzt Esbach 15 0/00 RR 225/135.

30. 8. 1930. 21.20 Uhr Extraktion eines Kindes nach Sectio vaginalis 21.45 Uhr Placenta noch nicht gelöst, deshalb manuelle Placentalösung. 1,0 Ergopit. Am Tage post operationem Temperatur 38°. Danach rasche Besserung der Nierenerscheinungen. Patientin wird am 21. Tage post partum entlassen. RR 155/90. Esbach 1/4 0/00.

Fall 21.

Frau E. A. 32 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

17. 1. 1931. 18.13 Uhr Forceps wegen schlechter kindlicher Herztöne. Stärkere Blutung. 1,0 Pituglandol i. v. 19.00 Uhr Uterus weich. Leichte

Blutung. 1,0 Orasthin i. m. 20.45 Uhr Placenta noch nicht gelöst. Mäßige Blutung. 1,0 Orasthin i. v. Crédé erfolglos. 22.50 Uhr Puls weich. Uterus schlecht kontrahiert. 23.10 Uhr nach erfolglosem Crédé in Narkose manuelle Lösung der adhaerenten Placenta mit Langer-Handschuh. Leichte Temperatursteigerungen im Wochenbett bis 37,5°. Am 12. Tage post partum entlassen.

Fall 22.

Frau M. H. 25 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort.

20. 6. 1931. 6.28 Uhr Spontangeburt. 7.00 Uhr Placenta erscheint auf Druck nur zum Teil, bleibt in der Vulva hängen. 7.25 Pituglandol i.m. und i. v. Keine Blutung. 7.30 Uhr Crédé in Narkose ohne Erfolg. 7.40 Uhr manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh. Placenta ist in der rechten Tubenecke adhaerent. Nachtastung. Uterus gut kontrahiert. Ergopit, Omnadin. Fieberzacke am 3. Tage von 38,2°, im übrigen glatter Verlauf. Am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 23.

Frau F. P. 36 Jahre I para. Anamnese: o. B.

28. 7. 1931. 4.08 Uhr Spontangeburt. 5.15 Uhr wegen Blutung manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh. Im Wochenbett Endometritis. Temperaturen in den ersten 3 Tagen bis 38°. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 24.

Frau M. N. 31 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort.

3. 8. 1931. 10.15 Uhr Spontangeburt eines mazerierten Foeten. 12.45 Uhr Placenta noch nicht gelöst. Blutung. Manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh Placenta adhaerent. Im Wochenbett Endometritis. In den ersten 4 Tagen Temperaturen bis 38°. Rasche Genesung. Am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 25.

Frau M. B. 27 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

7. 11. 1931. 17.15 Uhr Spontangeburt. 19.00 Uhr wegen Blutung manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh. Im Wochenbett Temperaturen bis 37,8°. Am 13. Tage post partum entlassen.

Fall 26.

Frau A. Sch. 31 Jahre, III para. Anamnese: 1 Partus praematurus (m. 8), 1 Totgeburt (m. 7).

14. 2. 1932. 12.20 Uhr Spontangeburt. 15.12 Uhr da Placenta durch kein anderes Mittel zu lösen, mit Langer-Handschuh manuelle Placentalösung: Placenta sitzt sehr fest. Im Wochenbett Bronchitis und leichte Endometritis. Temperaturen bis 38°. Am 20. Tage post partum entlassen.

Fall 27.

Frau G. Z. 22 Jahre, I para. Anamnese: Ehemann Lues.

4. 3. 1932. 10.49 Uhr Spontangeburt. 11.15 Uhr Blutung ca. 500. Pituglandol. 11.25 Uhr Placenta noch nicht gelöst. Es blutet ständig. Crédé

und Crédé in Narkose ohne Erfolg. 11.40 manuelle Lösung mit Langer-Handschuh der in der linken Tubenecke adhaerenten Placenta. Im Wochenbett Temperaturen bis 38°. Am 11. Tage post part. entlassen.

Fall 28.

Frau G. D. 37 Jahre, II para. Anamnese: 1 Abort.

16. 3. 1932. 20.50 Uhr Spontangeburt. 23.50 Uhr Placenta noch nicht gelöst. Starke Blutung von ca. 1000 g manuelle Lösung mit Langer-Handschuh der teils adhaerenten Placenta. Im Wochenbett Temperaturzacke bis 37,9°, sonst glatter Verlauf. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 29.

Frau G. M. 34 Jahre, I paar. Anamnese: 1 Abort.

23. 1. 1933. 19.57 Uhr Steißlage: Spontangeburt bis zum Scapularwinkel, dann Lösung nach Müller-Prager. 21.45 Uhr trotz 1,0 Orasthin i. v. Placenta noch nicht gelöst, Blutung ca. 500 g. Crédé in Narkose ohne Erfolg. 22.00 Uhr manuelle Lösung mit Langer-Handschuh der an der Vorderfläche des Uterus adhaerenten Placenta. Bei der anschließenden Nachtastung findet man den Uterus leer. Bis zum 3. Tage des Wochenbetts Temp. bis 38°, von da ab fieberfreier Verlauf. Am 12. Tage post part. entlassen.

Fall 30.

Frau A. K. 28 Jahre, I para. Anamnese: Douglas-Appendixabszeß. Unterleibsoperation.

8. 8. 1933. 14.50 Uhr Spontangeburt eines mazerierten Foeten. 16.45 Placenta noch nicht gelöst. Keine Blutung. 18.20 Uhr Status idem. Crédé in Narkose erfolglos. 18.30 Uhr manuelle Lösung der adhaerenten Placenta mit Langer-Handschuh. Im Wochenbett in den ersten Tagen Temp. bis 38°, ab 9. Tag post partum fieberfrei. Am 13. Tage beschwerdefrei entlassen.

C. Fieberhaft verlaufene Fälle von manueller Placentalösung.

Fall 31.

Frau M. H. 36 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort. 1925 Extrauterinschwangerschaft operiert.

3. 11. 1926. 19.37 Uhr Spontangeburt. 20.05 Uhr 1,0 Hypophysin. Mittlere Blutung. Placenta noch nicht gelöst. Blutung steht. 21.10 Uhr Placenta hängt zum Teil zum Muttermund heraus, ist aber auch durch Crédé in Narkose nicht vollständig zu exprimieren. Manuelle Placentalösung. Die Placenta ist in der linken Tubenecke adhaerent. In den ersten 7 Tagen post partum Temp. bis 38,5° Milchstauung und Husten. Vom 7. Tage an Temp. abfallend. Am 15. Tage post partum entlassen.

Fall 32.

Frau Aug. Sch. 39 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort (Curettage).

17. 2. 1929. 12.10 Uhr Spontangeburt. 12.30 Uhr geringe Blutung. 1,0 Pituglandol. Uterus gut kontrahiert. 13.15 Uhr Placenta noch nicht ge-

löst. Uterus wird weich. Erneute Blutung. 1,0 Pituglandol. 14.10 Uhr Puls klein und schnell. Unruhe. 14.20 Uhr kräftiger Crédé in Narkose erfolglos. 14.35 Uhr manuelle Placentalösung: Placenta teilweise adhaerent, vollständig. 1000 ccm Kochsalzinfusion, 1,0 Ergopit. 800 ccm. Bluttropfeinlauf. Blutverlust ca 1050 g. Patientin erholt sich langsam.

18. 2. 1929. Prophylaktisch 100 ccm Rinderserum subcutan. Bronchitische Erscheinungen. Temperatur im Wochenbett 38,2°. Fällt allmählich zur Norm ab. Am 11. Tage fieberfrei. Am 13. Tage auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall 33.

Frau E. K. 31 Jahre, I para. Anamnese: Rachitis. 1 Abort (Curettage).

1. 4. 1929. 18.25 Uhr Perforation eines abgestorbenen Foetus. (Blase seit 4 Tagen gesprungen). 19.05 Uhr 1,0 Pituglandol. 20.00 Uhr Placenta noch nicht gelöst, keine Blutung. 20.30 Uhr 1,0 Pituglandol, Crédé ohne Erfolg. 21.40 Uhr desgl. in Narkose. 22.40 Uhr 1,0 Pituigan forte. 23.30 Uhr Crédé erneut ohne Erfolg. Abwarten.

2. 4. 1929. 2.00 Uhr keine Blutung, Puls 140, gut gefüllt. 6.00 Uhr Status idem. 10.15 Uhr manuelle Lösung der zum Teil adhaerenten Placenta und Nachtastung. Uterus gut kontrahiert. Keine Blutung. 50 ccm Rinderserum. In den ersten Tagen des Wochenbetts Temp. zwischen 37.7° und 38,1°. Nochmals 100 ccm Rinderserum. Am 6. Tage post operationem Temperatur zur Norm abgesunken. Patientin wird am 10. Tage beschwerdefrei entlassen.

Fall 34.

Frau F. H. 24 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

19. 7. 1929. 6.25 Uhr Spontangeburt. 6.35 Uhr geringe Blutung nach jeder Wehe. Uterus hart. 6.55 Uhr 1,0 Pituglandol. Blutung ca. 500. 7.20 Puls wird klein. 2,0 Koffein. 1,0 Pituglandol. 7.30 Uhr Crédé in Narkose ohne Erfolg. Blutung steht. 8.30 Uhr erneute Blutung. Daher manuelle Placentalösung: Placenta circum-vallata vera. In den ersten Tagen des Wochenbetts Temp. bis 38,2°. Am 4. Tage zur Norm abgesunken. Am 9. Tag post partum entlassen.

Fall 35.

Frau M. D. 29 Jahre, I para. Anamnese: Linkes Ovar exstirpiert.

10. 10. 1929. 0.07 Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol. 1.30 Uhr Mittelstarke Blutung. Uterus fest kontrahiert. 2.00 Uhr Crédé ohne Erfolg; desgl. in Narkose. 2.05 manuelle Placentalösung: Placenta sitzt an der Vorderwand und in der linken Tubenecke fest. Placenta bipartita. 2.40 Uhr 1,0 Pituglandol forte i. m. 50 ccm. Serum. Uterus gut kontrahiert. Im Wochenbett rasch vorübergehende Temp.-Steigerung auf 38,6° und Schwellung der Leistendrüsen. Am 10. Tage fieberfrei. Am 20. Tage post partum entlassen.

Fall 36.

Frau G. Ch. 30 Jahre, II para. Anamnese: o. B.

14. 1. 1930. 16.09 Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol. 17.00 Uhr 1,0 Pituigan. Atonische Blutung. 17.10 Uhr Crédé in Narkose erfolglos.

17.45 Uhr trotz dauernden Haltens und Reibens Blutverlust bereits ca. 300 ccm. 18.06 Uhr manuelle Placentalösung: mit Gummi- und Fausthandschuh: Placenta sitzt noch vollständig fest (rechte Tubenecke, Vorder- und Hinterwand). Die Lösung stößt auf große Schwierigkeiten und läßt sich nicht in toto ausführen. Zuerst wird $^1/_4$ der Placenta, dann der Rest herausgefördert. Die anschließende Nachtastung ergibt noch einige Reste. Uterus dauernd atonisch. 1,0 Pituglandol forte i. v., Eisblase. Uterus muß noch ständig gehalten werden. Gesamtblutverlust ca. 1300. 1000 g Bluttropfeinlauf. 50 ccm Antistreptokokkenserum. Im Wochenbett mäßige Endometritis. Temperatur bis 38,6° am 7. Tage post partum Fieber abgefallen, am 9. Tage beschwerdefrei entlassen.

Fall 37.

Frau W. N. 30 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort.

15. 7. 1930. 14.10 Uhr Spontangeburt nach vorzeitigem Blasensprung. Temp. 37,8°. 14.35 Uhr leichte Blutung bei nicht gelöster Placenta. 1,0 Pituigan forte. 15,15 Uhr Blutverlust ca. 600 g. 0,5 Pituglandol forte i. v. Puls weich, Temp. 38,3°. Crédé ohne Erfolg, desgl. in Narkose. Nur Blutkoagula werden entleert. Blutverlust 1000 g. 1,0 Cardiazol. 15.45 manuelle Lösung der im Fundus und an der Vorderwand adhaerenten Placenta. Nachtastung ergibt noch einige Placentarpartikelchen. 1,0 Gynergen. Hochgradige Anämie. Traubenzucker + Strophantin i. v., Kampfer, 1000 ccm Kochsalzlösung. 18.50 Uhr trotz andauernder Verabreichung von Cardiaca Puls noch nicht gebessert. Autotransfusion. Weiterhin Cardiaca, nochmals Kochsalz. Allmähliche Besserung. Im Wochenbett Temp. bis 40,3°. Auftreten von Endometritis, Parametritis, Bronchitis, Angina, Nephritis. Infarktpneumonie, doppelseitiger Thrombophlebitis. Nach 7 Wochen entfiebert, Allgemeinbefinden bessert sich allmählich. Am 26. 9. 1930 in häusliche Pflege entlassen.

Fall 38.

Frau G. L. 34 Jahre, I para. Anamnese: Lues, spezifisch behandelt. 1 Abort.

19. 7. 1930. 16.40 Uhr Geburt nach Christeller, 1,0 Pituglandol. 17.43 Blutverlust bereits 750 g. Crédé erfolglos, desgl. in Narkose. Pituigan forte. 18.13 Uhr manuelle Lösung der im Fundus und an der Vorderwand adhaerenten Placenta. Mäßige Blutung. Nachtastung: Es werden noch einige Placentarpartikelchen ausgeräumt. Gynergen. 18.30 Puls schlecht. Cardiaca und Kochsalzlösung. 23.50 Patientin erholt sich. Im Wochenbett Endometritis, Temp. bis 40°. Am 16. Tage post partum entfiebert, am 18. Tage entlassen.

Fall 39.

Frau M. R. 25 Jahre, II para. Anamnese: 2 Aborte.

3. 1. 1931. 1.30 Uhr Spontangeburt. 2.05 Uhr mäßige Blutung, Placenta nicht gelöst. 2.40 Uhr 1,0 Pituglandol i. v. 3.30 Uhr 1,0 Orasthin. Blutung steht nicht. 5.20 Uhr Kollaps, Puls 140. Crédé ohne Erfolg. 5.57 Uhr nach erfolglosem Crédé in Narkose manuelle Lösung der adhaeren-

ten Placenta mit Langer-Handschuh. Rektaltropfeinlauf von 600 ccm Kochsalzlösung und 400 ccm Blut. Temperaturen im Wochenbett um 38^0 herum. Bronchitis. Schmierige Lochien. Am 8. Tage völlig entfiebert. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 40.

Frau Ch. B. 25 Jahre, I para. Anamnese: 2 Aborte, Schwangerschaftspyelitis.

25. 1. 1931. 16.01 Uhr Forceps wegen tiefem Querstand. 17.30 Uhr 1,0 Pituglandol i. v. Placenta noch nicht gelöst, keine Blutung. 20.00 Uhr Status idem. Temp. $38,4^0$ 20.15 Uhr Crédé in Narkose ohne Erfolg. 20.40 Uhr manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh: Placenta war adhaerent. Im Wochenbett Temp. um 39^0 herum. Anhaltende pyelitische Beschwerden. Am 13. Tage post partum entfiebert, am 17. Tage entlassen.

Fall 41.

Frau K. D. 23 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

25. 8. 1931. 10.43 Uhr Forceps wegen lang vorher gesprungener Blase. 14.00 Uhr Placenta trotz Pituglandol i. v. noch nicht gelöst.
16.10 Uhr Status idem. Omnadin. 20.30 Uhr Temp. $37,8^0$. 23.05 Uhr manuelle Lösung mit Langer-Handschuh der in der linken Tubenecke adhaerenten Placenta. Lösung sehr schwierig. Temperaturen bis $38,5^0$ klingen bald ab. Wegen verzögerter Dammheilung Entlassung erst am 24. Tage post partum.

Fall 42.

Frau E. F. 34 Jahre, I. para. Anamnese: o. B.

31. 8. 1931. 12.45 Uhr Spontangeburt. 13.00 Uhr Placenta noch nicht gelöst. Keine Blutung. Temp. $37,5^0$. 15.00 Uhr Status idem. Blutung ca. 600 ccm. Crédé in Narkose vergeblich. Manuelle Lösung mit Langer-Handschuh der vollständigen Placenta adhaesiva und der Eihäute. Ergopit, Omnadin. Im Wochenbett Thrombophlebitis beider Beine. Temperaturen bis $38,2^0$. Ab 7 Tage Temp. zur Norm abgefallen. Am 12. Tage post partum entlassen.

Fall 43.

Frau Ch. Sp. 25 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort (Curettage). Coitus ante partum 2 Tage!

1. 11. 1931. 10.00 Uhr Spontangeburt. 13.00 Starke Blutung, deshalb manuelle Lösung der noch nicht gelösten Placenta mit Langer-Handschuh. Im Wochenbett septische Parametritis. Hohe Temperaturen und Schüttelfröste. Nach 4 Wochen entfiebert. Entlassung am 41. Tage post partum.

Fall 44.

Frau E. D. 23 Jahre, I para. Anamnese: Rachitis.

12. 8. 1932. 22.50 Uhr Spontangeburt.

13. 8. 1932. 2.00 Uhr trotz Pituglandol, Orasthin Placenta noch nicht gelöst. Crédé ohne Erfolg. Mäßige Blutung ca. 400 g. Temp. $37,2^0$. 3.00 Uhr Crédé in Narkose ohne Erfolg. 3.45 Uhr manuelle Lösung mit Langer-Handschuh der an der Vorderwand adhaerenten Placenta. Nachtastung

ergibt noch einige Placentarbröckel von der Haftstelle. Im Wochenbett Temp. bis 38,2°, die bald zur Norm zurückgehen. Am 14. Tage post partum entlassen.

Fall 45.

Frau G. H. 37 Jahre, I para. Anamnese: Unterleibsoperation wegen Cyste. Fluor.

13. 6. 1933. 1525 Uhr Spontangeburt. Uterus sehr hoch, rechts im Fundus apfelgroßes Myom. Orasthin. 16.30 Uhr Placenta nicht gelöst. Blutung ca. 500 g. 16.50 Uhr manuelle Placentalösung mit Langer-Handschuh: Placenta ist unter dem Myom adhaerent. Die ersten beiden Tage des Wochenbetts sind fieberfrei,, dann Anstig bis auf 38,8°, der rasch wieder zur Norm abfällt. Am 13. Tage entlassen.

Fall 46.

Frau E. Sch. 28 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

16. 8. 1933. 11.40 Uhr Forceps wegen schlechter kindlicher Herztöne, vorzeitigem Blasensprung, Wehenschwäche. Geringe Blutung. 12.00 Uhr Placenta löst sich nicht, es blutet weiter. Da Orasthin i. v. ohne Erfolg, manuelle Lösung mit Langer-Handschuh, der im linken Tubenwinkel adhaerenten Placenta. Nachtastung löst den adhaerenten Teil erst vollends heraus. Im Wochenbett Temp. bis 39°. Episiotomiewunde geht auf. Pleuritis. Allmähliche Besserung. Patientin wird bei Wohlbefinden am 24. Tage post partum entlassen.

Fall 47.

Frau H. Sp. 31 Jahre, III para. Anamnese: Rachitis. 2 Aborte.

19. 8. 1933. 13.05 Uhr Spontangeburt. 13.20 Uhr 1,0 Orasthin i. v. 14.40 Uhr desgl. Blutung ca. 400 g. 15.50 Uhr da alle anderen Maßnahmen vergeblich, manuelle Lösung einer sehr fest haftenden Placenta. Danach Uterus gut kontrahiert. Gynergen, Omnadin. Bis zum 10. Tage post partum Temp. zwischen 37,5 und 39°. Lochien foetide. Dann allmähliches Abfallen der Temp. Am 19. Tage entlassen.

Fall 48.

Frau M. K. 32 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

23. 9. 1933. 16.15 Uhr Forceps wegen Geburtsstillstand.

24. 9. 1933. 1.30 Uhr trotz wiederholter Orasthingaben, Crédé in Narkose keine Lösung der Placenta. Deshalb manuelle Lösung der accreten (?) Placenta. Temp. 38,1°. Bis zum 19. Tage Temp. um 38° herum. Lochialstauung. Aufgehen der Episiotomienaht. Rasche Genesung. Am 25. Tage post partum entlassen.

D. Fieberfrei verlaufene Fälle von + Nachtastung.

Fall 49.

Frau M. A. 37 Jahre, III para. Anamnese: 2 Aborte. Gelenkrheumatismus Vitium cordis. Nephritis.

26. 11. 1925. 1.09 Uhr Sectio vaginalis wegen Querlage. 1.11 Uhr 1,0 Pituglandol + Secacornin. 1,16 Uhr Placenta nach Crédé. Unvollständig. 1.18 Uhr Nachtastung: Fünfmarkstück großer Cotyledo wird gefunden. Stärkere Blutung in der darauf folgenden Nacht steht auf Gynergen. Patientin erholt sich gut. Nephritische Erscheinungen klingen ab. Patientin wird nach 21 Tagen in ambulante Behandlung entlassen.

Fall 50.

Frau B. W. 41 Jahre, II para. Anamnese: 1 Abort.

29. 1. 1926. 7.15 Uhr Spontangeburt. 7.35 Uhr Uhr Placenta spontan, unvollständig. 7.45 Uhr Nachtastung: Ein Cotyledo wird aus der linken Tubenecke entfernt. 1,0 Ergotin. Fieberfreier Verlauf. Patientin wird am 10. Tage post part. entlassen.

Fall 51.

Frau I. M. 37 Jahre, I para. Anamnese: Skrofulose.

28. 5. 1926. 9.40 Uhr Spontangeburt. 10.35 Uhr Placenta auf leichten Crédé, unvollständig. 1,0 Gynergen. 11.25 Nachtastung: Kleine Placentarreste werden entfernt. Fieberfreier Verlauf. Am 8. Tage steht Patientin auf und verläßt am 14. Tag die Klinik.

Fall 52.

Frau B. P. 27 Jahre, I para. Anamnese: Tbc. 1923 Abrasio wegen Amenorrhoe.

15. 1. 1927. 10.50 Uhr Spontangeburt. 11.18 Uhr Placenta auf leichten Crédé, unvollständig. 12.30 Uhr Nachtastung: Ein Placentarest und Eihautfetzen werden ausgeräumt. 1,0 Gynergen. Uterus gut kontrahiert. Vollständig fieberfreier Verlauf. Kein Aufflackern der Tbc. Am 8. Tage entlassen.

Fall 53.

Frau L. R. 28 Jahre, I para. Anamnese: Tbc. Rachitis. 2 Aborte

19. 6. 1927. 14.40 Uhr 1. Spontangeburt. 15.00 Uhr 2. Spontangeburt. 16.10 Placenta nicht gelöst. Geringe Blutung. 1,0 Hypophysin. 17.20 Uhr Status idem. 18.00 Uhr Crédé in Narkose: Placenta erscheint zerfetzt und unvollständig. Nachtastung: fördert großes Placentastück (3 Cotyledonen) heraus, das im linken Tubenwinkel adhaerent war. Patientin kollabiert, Puls fadenförmig. 18.30 Uhr 5,0 Kampfer, 1,0 Koffein. 19.00 Uhr desgl. und 1000 ccm Na Cl + 2,0 Digalen in beiden Oberschenkeln. 20.30 Uhr 1,0 Koffein. Tropfeinlauf von 500 ccm Blut + 500 ccm Na Cl-Lösung. Puls erholt sich allmählich. 21.40 Uhr 1,0 Digalen. 22.40 Uhr 0,02 Pantopon. Patientin schläft, Puls wird kräftiger. Temp. 38^0.

20. 6. 1927. 7.00 Uhr Patientin hat sich vollständig erholt. Fieberfreier Verlauf. Patientin wird am 11. Tage post partum entlassen.

Fall 54.

Frau H. B. 36 Jahre, II para. Anamnese: 1922 Forceps und Eklampsie. Wegen Blutungen Curettage 1 Abort.

24. 7. 1927. 11.32 Uhr Spontangeburt. 12.00 Uhr Blutung. Placenta noch nicht gelöst. 1,0 Pituglandol. 12. 10. Placenta erscheint auf Crédé, unvollständig. Blutung steht auf Gynergen und Hypo-

physin. 13.10 Uhr Nachtastung: Es werden zwei Cotyledonen und hautreste entfernt. Normaler fieberfreier Wochenbettverlauf. Blutung stiert auf Secale am 3. Tage post partum. Patientin kann am 9. Tag Klinik verlassen.

Fall 55.

Frau E. L. 24 Jahre. I para. Anamnese: o. B.

27. 2. 1928. 6.07 Uhr Spontangeburt. 7.00 Placenta spontan. Inse velamentosa. Unvollständig. 8.30 Uhr Nachtastung: Mehrere kleine P centabröckel werden herausbefördert. Keine Blutung. Fieberfreier Verla Am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 56.

Frau A. H. 31 Jahre I para. Anamnese: o. B.

31. 8. 1929. 18.00 Uhr Spontangeburt. 18.15 Uhr Placenta auf leich Crédé, deutliches Fehlen von Cotyledonen, die durch Nachtastung herausb fördert werden. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts, am 9. Tage p partum entlassen.

Fall 57.

Frau Ch. S. 29 Jahre IV para. Anamnese: 1 Abort. 1 Partus präm turus.

18. 12. 1929. 18.09 Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol. 18.33 U Placenta auf leichten Druck, unvollständig. 21.00 Nachtastung mit Gumm fausthandschuh: Es werden reichlich Coagula und einzelne Placenta fetzen entfernt. 21.30 Uhr 1,0 Gynergen. 22.00 Uhr Uterus gut kontr hiert. 25 ccm Serum. Fieberfreies Wochenbett. Am 9. Tage post partu geheilt entlassen.

Fall 58.

Frau H. H. 22 Jahre, II para. Anamnese: 1 Abort.

28. 12. 1929. 12.42 Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol. 13.08 Uhr Pl centa auf leichten Druck unvollständig. 14.30 Uhr Nachtastung: Rech im Fundus einige adhaerente Placentareste. Uterus atonisch, Ergopi 14.45 Uhr schlechte Kontraktion, 1,0 Pituglandol forte i. v. daraufhi Uterus fest. Nach fieberfreiem Verlauf am 9. Tage post partum en lassen.

Fall 59.

Frau M. H. 26 Jahre, III para. Anamnese: Vitium cordis. 2 Aborte

2. 3. 1930. 22.55 Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol i. v. 24.00 Uh noch nicht gelöst. Blutverlust von 300 ccm. 1,0 Pituglandol.

3. 3. 1930. 0,20 Uhr Crédé ohne Erfolg. Weitere Blutung. 0.40 Uh Crédé in Narkose, fördert nach einiger Anstrengung die unvollständig Placenta heraus. 1.05 Uhr Nachtastung ergibt einen großen Placentares mit Eihautfetzen. 1,0 Ergopit. Keine Blutung. Nach vollständig fieber freiem Wochenbett wird Patientin am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 60.

Frau H. Sp. 27 Jahre, I para. Anamnese: Rachitis.

11. 3. 1930. 12.18 Uhr Spontangeburt. 1,0 Pituglandol i. v. 12.50 Uhr Placenta folgt auf kräftigen Druck, unvollständig. Nachblutung. 14.10 Uhr Nachtastung mit Langer Handschuh ergibt einige Deciduapartikel. 1,0 Ergopit. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts, am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 61.

Frau A. K. 34 Jahre, VII para. Anamnese: 2 Aborte.

11. 4. 1930. 6.34 Uhr Spontangeburt. 7.10 Placenta folgt auf leichten Druck, unvollständig. Keine Blutung. 10.15 Uhr Nachtastung: Wallnußgroßes Placentastück wird von der Vorderwand entfernt. 1,0 Ergopit, gute Kontraktion. 25 ccm Antistreptokokkenserum. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts, am 11. Tage post partum entlassen.

Fall 62.

Frau E. H. 34 Jhre, II para. Anamnese: o. B.

8. 5. 1930. 13.05 Uhr Spontangeburt. Patientin blutet. 13.15 Uhr Blutung wird stärker. 1,0 Pituglandol i. v., Placenta löst sich nicht. 13.40 Uhr Crédé erfolglos, desgl. in Narkose. 14.20 Blutung stärker. Erneut 1,0 Pituglandol i. v. Nochmals Crédé, dann wird narkotisiert und auf kräftigen Crédé in Narkose die Placenta exprimiert. Sie erscheint vollständig, aber ohne jegliche Eihäute. Deshalb Nachtastung, der ganze Eihautsack wird manueli entfernt. Nach fieberfreiem Wochenbett steht Patientin am 7. Tage post partum auf und verläßt am 9. Tage die Klinik.

Fall 63.

Frau G. W. 28 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort.

25. 12. 1930. 6.12 Uhr Spontangeburt. 6.25 Uhr Placenta spontan, unvollständig. 7.25 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh. Es werden einige Placentabröckel herausbefördert. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts. Am 9. Tage post partum. entlassen.

Fall 64.

Frau W. J. 21 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort.

4. 1. 1931. 23.05 Uhr Spontangeburt. 23.38 Uhr 1,0 Pituglandol i. v. 5. 1. 1931. 0.20 Uhr Placenta folgt auf leichten Druck, unvollständig. 0.50 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Es wird wenig Placentargewebe herausbefördert. Wochenbett völlig fieberfrei, am 8. Tage post part. entlassen.

Fall 65.

Frau F. D. 31 Jahre, II para. Anamnese: 1913 Lungenspitzenkatarrh.

27. 12. 1931. 1.05 Uhr Spontangeburt. 1.30 Placenta erscheint auf leichten Druck, unvollständig. 1.55 Nachtastung mit Langer-Handbuch: Die restlichen Placentateile werden herausbefördert. Fieberfreies Wochenbett. Am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 66.

Frau K. C. 26 Jahre, I para. Anamnese: 3 Aborte (mit Curettage).

12. 10. 1931. 11.42 Uhr Spontangeburt. 12.13 Uhr Placenta spontan suspect. 13.01 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Der fehlend Placentarest wird herausbefördert. Fieberfreies Wochenbett, Entlassun am 7. Tage post partum.

Fall 67.

Frau F. H. 21 Jahre, II para. Anamnese: 1 Abort.

16. 11. 1931. 13.12 Uhr Extraktion eines abgestorbenen prämature Foeten in Steißlage. 14.40 Placenta spontan, unvollständig. 15.30 Nachtastun mit Langer-Handschuh: Es werden Placentateilchen ausgeräumt. Wochen bett fieberfrei, Entlassung am 7. Tage post partum.

Fall 68.

Frau E. B. 36 Jahre, II para. Anamnese: o. B.

21. 12. 1931. 15.35 Uhr Spontangeburt. 16.10 Uhr Placenta spontan nicht vollständig. Nachtastung mit Langer-Handschuh. Der fehlende Te wird manuell gelöst. Wochenbett völlig fieberfrei. Entlassung am 10. Tag post partum.

Fall 69.

Frau H. B. 24 Jahre, I para. Anamnese: 1 Spontanabort nach Opera tion wegen Eierstockgeschwulst.

23. 12. 1931. 5.18 Uhr Spontangeburt. 5.33 Uhr Placenta spontan, un vollständig. Nachtastung mit Langer-Handschuh mit Erfolg. Wochenbet fieberfrei, am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 70.

Frau F. B. 36 Jahre, I para. Anamnese: 2 Aborte.

30. 1. 1932. 15.00 Uhr Spontangeburt. 19.10 Uhr Placenta spontan nicht vollständig. Nachtastung mit Langer-Handschuh: Reste werden aus geräumt. Fieberfreies Wochenbett, am 9. Tage post partum entlassen

Fall 71.

Frau B. St. 34 Jahre, II para. Anamnese 1 Abort.

26. 4. 1932. 1650 Uhr Spontangeburt. 17.58 Uhr Placenta auf Crédé suspect. Nachtastung mit Langer-Handschuh fördert die Placenta heraus Dabei wird ein intramural gelegener Myomknoten festgestellt. Wochenbet völlig fieberfrei. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 72.

Frau G. W. 27 Jahre, II para. Anamnese: o. B.

19. 9. 1932. 0.07 Uhr Geburt eines mazerierten Foeten. 0.10 Uhr Ge burt eines zweiten abgestorbenen Kindes. 0.42 Uhr Placenta trotz 1,0 Ora sthin nicht gelöst. Leichte Blutung. Expression der Placenta auf Crédé suspect. Milchprobe positiv. 1.10 Nachtastung mit Langer-Handschuh ergib reichlich Placentareste. Im Wochenbett geringe Lochialstauung, sons fieber- und beschwerdefrei. Am 13. Tage entlassen.

Fall 73.

Frau E. J. 28 Jahre, III para. Anamnese: 1 Abort. Nach dem 1. partus bereits manuelle Placentalösung.

19. 5. 1933. 0.15 Uhr Spontangeburt. 1.20 Uhr trotz Orasthin i. v. Placenta noch nicht gelöst. Blutung. 1.30 Uhr Auf Crédé folgt die stark zerklüftete Placenta. Milchprobe positiv. 1.50 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh. Im cervikalen Teil werden Reste manuell gelöst. Fieberfreier Wochenbettverlauf. Anämie. Am 8. Tage auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall 74.

Frau H. T. 37 Jahre, IV. para. Anamnese: 1 Abort.

11. 7. 1933. 21.24 Uhr Spontangeburt. 21.32 Uhr Placenta noch nicht gelöst. 21.44 Uhr Placenta wird auf leichten Crédé geboren, stark zerklüftet, große Nebenplacenta. Milchprobe positiv. Nachtastung mit Langer-Handschuh ergibt mehrere kleine Placentastücke von der Vorderwand. Völlig fieberfreier Verlauf des Wochenbetts, am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 75.

Frau K. N. 25 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

8. 9. 1933. 22.49 Uhr Spontangeburt. 22.58 Uhr Placenta spontan, suspect. Milchprobe positiv. Nachtastung: Einige Placentareste werden herausbefördert. Fieberfreier Verlauf; am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 76.

Frau K. Z. 32 Jahre IV para. Anamnese: 1 Abort.

16. 9. 1933. 12.50 Uhr Partus prämaturus mens 6. Ausstoßung des vollständigen Eies. Placenta unvollkommen. 13.20 Uhr Nachtastung: Es werden von der voderen Uteruswand Placentareste, die mit Blutkoagula durchsetzt sind, entfernt. Fieberfreier Verlauf. Am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 77.

Frau W. Z. 23 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

26. 9. 1933. 10.15 Uhr Spontangeburt. 10.30 Uhr Placenta spontan, suspect. Milchprobe positiv. 10.50 Uhr Nachtastung. Kleine Placentabröckel werden von der Vorderwand gelöst. Fieberfreier Verlauf des Wochenbetts. Am 9. post partum entlassen.

E. Subfebril verlaufene Fälle von + Nachtastung.

Fall 78.

Frau K. W. 34 Jahre, II para. Anamnese: 3 Aborte. Retroflexionsoperation. Nach der 1. Geburt Placenta accreta und Atonie.

27. 10. 1927. 21.45 Uhr Spontangeburt. 22.15 Uhr Placenta auf leichten Crédé, unvollständig. 22.40 Uhr Nachtastung: Am Rande des unteren Uterinsegmentes werden einzelne organisierte Fetzen gelöst. 22.50 Uhr bei der Kontrollnachtastung Uterus leer. Leichte Nachblutung. 1,0 Secacornin.

28. 10. 1927. 0.45 Uhr Uterus kontrahiert sich unter Sandsack. Wochenbettverlauf unter leichten Temperaturzacken. Starke Nachwehen. Am 4. und 5. Tage stärkere Blutungen. Am 10. Tage post partum kann Patientin entlassen werden.

Fall 79.

Frau J. B. 33 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

4. 5. 1928. 15.56 Uhr mit Christeller Geburt eines asphyktischen Kindes. 16.07 Uhr Uterus gut kontrahiert. Mittlere Blutung. Patientin wird blaß. Puls 140, kaum fühlbar. Crédé in Narkose, ohne Erfolg. 17.00 Keine Blutung. Puls klein, 1,0 Koffein. 17.45 Uhr Einsetzen geringer Blutung. 17.50 Uhr Crédé mit Erfolg, Placenta zum größten Teil geboren, zum Teil noch adhaerent, wird herausgedreht. 18.07 Uhr Nachtastung: Eihäute und kleine Placentareste werden entfernt. Uterus gut kontrahiert. Keine Blutung. Puls sehr klein (130). 2,0 Cardiazol. Patientin erholt sich. Bis zum 10. Tage post partum Temperaturen zwischen 37,5 und 38^0, dann Absinken zur Norm. Am 16. Tage post partum entlassen.

Fall 80.

Frau M. G. 35 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

2. 3. 1929. 6.20 Uhr Spontangeburt. 8.10 Uhr Placenta noch nicht gelöst. 1,0 Pituglandol. 8.20 Uhr Placenta folgt auf Crédé, stark zerklüftet, unvollständig. Nachtastung: Ein Stück Placenta saß in den der linken Tubenecke fest. 1,0 Ergopit, 50 ccm Rinderserum. Im Wochenbett einmalige Temperatursteigerung über 38^0. Lochialstauung. In der Folge fieberfreier Verlauf. Am 9. Tage geheilt entlassen.

Fall 81.

Frau H. D. 25 Jahre, I para. Anamnese: Endometritis.

29. 7. 1929. 10.13 Uhr Spontangeburt 10.23 Uterus weich. Geringe Blutung. 1,0 Pituglandol. Placenta folgt auf Druck, nicht vollständig. 11.20 Uhr Nachtastung: Placenta- und Eihautreste werden entfernt. Uterus gut kontrahiert. 100 ccm Serum. Geringgradige Temperatursteigerungen während des Wochenbetts. Am 10. Tage beschwerdefrei entlassen.

Fall 82.

Frau H. Sch. 23 Jahre I, para. Anamnese: Ovarialzyste entfernt.

20. 11. 1929. 9.03 Uhr Spontangeburt. 9.20 Uhr Blutung. 1,0 Pituglandol. 9.40 Uhr Placenta auf leichten Druck, zerklüftet und unvollständig. 10.20 Uhr Nachtastung: Placentapartikelchen und Eihautreste werden entfernt. Uterus leicht, schlaff. 1,0 Ergopit, daraufhin gute Kontraktion. Blutverlust ca. 300. Im Wochenbett Endometritis. Temperatur bis 38^0. Uebelriechende Lochien. Am 8. Tage Endometritis abgeklungen, Temperatur zur Norm abgefallen. Am 12. Tage entlassen.

Fall 83.

Frau H. Sch. 22 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

20. 1. 1930. 19.48 Uhr Geburt nach Christeller. 1,0 Pituglandol. 20.25 Uhr Placenta mit ziemlich starkem Druck exprimiert, unvollständig.

21.15 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Herausbeförderung einiger Placentabröckel von der Vorderwand. Ergopit und Rinderserum. Subfebrile Temperaturen bis zum 5. Tage post partum, am 8. Tage entlassen.

Fall 84.

Frau H. G. 36 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort. Eierstockentzündung.

13. 6. 1930. 18.52 Uhr Spontangeburt. 19.10 Uhr Placenta spontan. Erscheint suspect. Nachtastung: ergibt einige erbsengroße Placentarpartikelchen. Leichte Blutung. 2,0 Ergopit i. m. und 1,0 Pituglandol i. v. Danach gute Kontraktion. Geringe Temperatursteigerungen im Wochenbett bis 37,8°. Lochialstauungen. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 85.

Frau A. B. 41 Jahre, II para. Anamnese: 1 Abort.

13. 10. 1930. 11.07 Uhr Spontangeburt. 11.45 Uhr 1,0 Pituglandol i. v. Gute Kontraktion. 12.45 Uhr Pituglandol forte i. m. 13.55 Uhr Placenta auf kräftigen Crédé in Narkose, unvollständig. Nachtastung fördert das fehlende Stück heraus. Im Wochenbett geringe Temperaturerhöhungen bis 37.8°. Am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 86.

Frau A. J. 40 Jahre, III para. Anamnese: 1 Abort.

19. 10. 1930. 10.30 Uhr Spontangeburt. Temperatur 37.8°. 11.05 Uhr Placenta folgt leichtem Druck, unvollständig. 1,0 Ergopit. 13.00 Uhr Nachtastung fördert das fehlende Placentastück heraus. Cardiaca. Keine Nachblutung. In den ersten 7 Tagen des Wochenbetts Temp. zwischen 37 und 38°, dann rasche Besserung. Am 13. Tage post part. entlassen.

Fall 87.

Frau G. K. 23 Jahre, II para. Anamnese: o. B.

1. 7. 1931. 14.28 Uhr Spontangeburt. 17.10 Uhr Placenta auf Crédé, nicht vollständig. 17.20 Nachtastung mit Langer-Handschuh: Der fehlende Teil wird gefunden. Am 3. Tage post partum Temperatur 38°. Sonst komplikationsloser Verlauf. Am 7. Tage post partum entlassen.

Fall 88.

Frau R. J. 24 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

8. 7. 1931. 19.40 Uhr Forceps nach Muttermundsdehnung. (Nabelschnurvorfall, Abklemmung, Kind tot). 19.46 Uhr Placenta auf 1,0 Pituglandol. i. v., unvollständig. Nachtastung mit Langer-Handschuh fördert die fehlenden Bröckel heraus. Omnadin, Ergopit. Subfebrile Temperaturen bis zum 5. Tage, am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 89.

Frau E. S. 25 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

22. 10. 1931. 22.35 Uhr Spontangeburt. 22.55 Uhr Placenta spontan, suspect. Nachtastung mit Langer-Handschuh: Der fehlende Placentarest wir gefunden. Fieberzacke bis 37,8°, sonst komplikationsloser Verlauf, am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 90.

Frau E. H. 24 Jahre, I para. Anamnese: 1 Abort (durch Fall).

8. 11. 1931. 7.15 Uhr Spontangeburt. 7.44 Uhr Placenta spontan, unvoll-

ständig. 8.20 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh, es werden Placentarreste gefunden. Im Wochenbett subfebrile Temperaturen. Am 16. Tag post partum entlassen.

Fall 91.

Frau M. K. 26 Jahre, I para. Anamnese: Metrorrhagien Menorrhagien.

16. 11. 1931. 18.17 Uhr Spontangeburt. 18.57 Uhr Placenta spontan suspect. Blutung. Nachtastung mit Langer-Handschuh. Außer Placentaresten wird dabei ein submucöses Myom entfernt. Fieberzacke bis 37,9° sonst Wochenbett komplikationslos am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 92.

Frau E. W. 25 Jahre, I para, Anamnese: 1 Abort.

25. 12. 1931. 7.22 Uhr Spontangeburt. 10.32 Uhr Placenta spontan, nicht vollständig. 11.30 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Der fehlende Placentarest wird ausgeräumt. Am 1. Tage post partum Fieberzacke über 38°. Sonst fieberfreier Verlauf. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 93.

Frau E. H. 31 Jahre, II para. Anamnese: 2 Aborte (ambulant curettiert).

27. 12. 1931. 4.45 Uhr Spontangeburt. 5.30 Uhr Placenta spontan, unvollständig. Nachtastung mit Langer-Handschuh ergibt einige Placentabröckel. Wochenbett bei bestehender Pyelitis fieberfrei bis auf einmaligen Temperaturanstieg über 38°. Milchstauung. Am 13. Tage post partum entlassen.

Fall 94.

Frau E. W. 26 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

4. 1. 1932. 10.55 Uhr Spontangeburt. 11.35. Uhr Placenta nach Crédé unvollständig. 11.40 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh mit Erfolg. Im Wochenbett Temperaturanstieg auf 37,9°. Episiotomiewunde heilt schlecht. Am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 95.

Frau E. R. 24 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

3. 3. 1932. 21.55 Uhr Spontangeburt.

4. 3. 1932. 0.55 Uhr Placenta folgt erst auf Crédé in Narkose, unvollständig. Nachtastung mit Langer-Handschuh befördert den restlichen Teil heraus. Im Wochenbett leichte Endometritis, Temp. bis 38°.
Am 12. Tage post partum entlassen.

Fall 96.

Frau G. R. 27 Jahre, II para. Anamnese: 1 Abort.

16. 4. 1933. 14.50 Uhr wegen Fieber der Mutter Forceps. 15.20 Uhr Abgang einer suspecten Placenta, Milchprobe positiv. Nachtastung mit Langer-Handschuh, wobei die fehlenden Placentareste entfernt werden. 3 Tage lang subfebrile Temperaturen. Foetide Lochien. Am 16. Tage entlassen.

Fall 97.

Frau G. S. 30 Jahre, I para. Anamnese: Abgeheilte Tbc.

19. 8. 1933. 3.45 Uhr wegen drohender Uterusruptur und Stirnlage Forceps. 5.00 Uhr Placenta spontan, unvollständig. Nachtastung ergibt Zweimarkstück großen Rest. Omnadin, Gynergen. In den ersten Tagen

des Wochenbetts subfebrile Temperatur. Schmerzen in den Beinen. Hochlagerung und feuchte Umschläge. Am 10. Tage Aufstehen, am 14. Tage post partum entlassen.

Fall 98.

Frau M. H. 27 Jahre, II para. Anamnese: 1 Abort.

2. 5. 1934 7.55 Uhr Spontangeburt. 8.25 Uhr Placenta spontan, unvollständig. Milchprobe positiv. Blutung ca. 500. Nachtastung: In der rechten Tubenecke werden restierende Placentateile gelöst. 60%ige heiße Alkoholspülung des Uterus. Blutung steht. Kollaps. Nach Traubenzucker und Kochsalz Besserung. Subfebrile Temperaturen bis zum 10. Tage post partum. Am 16. Tage entlassen.

Fall 99.

Frau M. R. 22 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

25. 6. 1934. 12.23 Uhr Spontangeburt. 12.40 Uhr Blutung, Placenta noch nicht gelöst. 1,0 Orasthin. 13.10 Uhr Placenta erscheint auf leichten Crédé, unvollständig. Milchprobe positiv. Es blutet weiter. Nachtastung mit Langer-Handschuh: 1 Cotyledo sitzt fest in der rechten Tubenecke. Uterusspülung mit 60%igem Alohol. Kochsalzinfusion. Im Wochenbett einzelne Temperaturzacken bis $37{,}8^0$. Anämie (Hb. 45%). Am 10. Tage post partum wegen der Anämie in ambulante Behandlung entlassen.

F. Fieberhaft verlaufene Fälle von + Nachtastung.

Fall 100.

Frau W. P. 34 Jahre, II para. Anamnese: Rachitis. 1924 Retroflexionsoperation + Appendectomie. 1922 partus prämaturus wegen Mißverhältnis von Kopf und Becken eingeleitet.

24. 8. 1926. 12.45 Uhr nach vergeblichem Zangenversuch Extraktion nach Perforation. 13.30 Uhr Placenta auf starken Crédé, unvollständig. Nachtastung ergibt einige Placentabröckel. Keine nennenswerte Blutung. Am Tage der Operation Temperatur $39{,}2^0$ mit einem etwa 30 Minuten anhaltenden Schüttelfrost. In den ersten Wochenbettstagen leichte Temperatursteigungen bei gutem Allgemeinbefinden. Patientin wird am 11. Tage post operationem beschwerdefrei entlassen.

Fall 101.

Frau C. H. 33 Jahre, I para. Anamnese: o. B.

7. 11. 1926. 6.45 Uhr Spontangeburt. 8.05 Uhr Placenta auf leichten Crédé, unvollständig. 14.25 Uhr Nachtastung ergibt einen im rechten Tubenwinkel adhaerent gewesenen Cotyledo. 1,0 Gynergen. Bis zum 4. Tage post partum Temperaturerhöhungen bis 39^0, weiterhin fieberfreier Verlauf. Am 9. Tage geheilt entlassen.

Fall 102.

Frau E. K. 37 Jahre II para. Anamnese: 2 mal Myomenucleation, zuletzt jetzt bei grav. mens IV. Nov. 1927.

15. 3. 1928. 16.32 Uhr Steißlage, Extraktion mit Müller-Prager-Handgriff. Blutung, die auf 1,0 Pituglandol nicht steht. Crédé erfolglos.

16.58 Crédé in Narkose: Placenta wird exprimiert, unvollständig. Nachtastung: Entfernung der Placentareste. 1,0 Gynergen.

Am nächsten Tage Temperatur 39°. Uebelriechende Lochien. 100 ccm Serum, Omnadin, Koffein, Bluteinlauf, Secacornin. Am 4. Tage post partum Temperatur zur Norm abgesunken. Patientin wird am 11. Tage beschwerdefrei entlassen.

Fall 103.

Frau A. W. 31 Jahre I para. Anamnese: o. B.

14. 10. 1928. 5.35 Uhr Forceps, Kind asphyktisch. 5,37 Uhr Extraktion eines zweiten Kindes durch Wendung. Patientin blutet. Pituglandol. 6.00 Uhr Blutung wird stärker. Uterus schlecht kontrahiert. Crédé ohne Erfolg. 6.05 Uhr Pituigan forte. Blutung steht nicht. 6.25 Uhr Placenta auf kräftigen Crédé in Narkose, unvollständig, zweieiig, ein kleinerer und ein größerer Lappen. 1,0 Gynergen. Ziemlicher Blutverlust. 6.45 Uhr Nachtastung: In beiden Tubenecken, besonders links adhaerente Placentareste, die digital entfernt werden. Blutverlust ca. 1200. Kochsalzinfusion. Pat. erholt sich. Am anderen Tage Temperatur 37,2°. Mäßige Blutung. Uterus gut kontrahiert. Am 2. Tage plötzlich Schüttelfrost, Temperatur 40°, subikterische Verfärbung. Alkoholinjektion (33%). Rasche Besserung, am 6. Tage post partum Temperatur zur Norm abgesunken. Am 15. Tage beschwerdefrei entlassen.

Fall 104.

Frau S. Sch. 21 Jahre I para. Anamnese: o. B.

29. 3. 1930. 19,15 Uhr Spontangeburt. 19.38 Uhr Placenta auf leichten Druck, unvollständig. 1,0 Ergopit. Uterus atonisch. Blutverlust ca. 500 ccm. 20.00 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Entfernung eines haselnußgroßen Placentateilchens und Decidua-Partikelchen. 1,0 Pituigan. Gute Kontraktion. Gesamtblutverlust 1000. Zunächst normaler Wochenbettverlauf. Am 8. Tage post partum 39,8° Temp. infolge Endometritis und Bronchitis. Abszeß der linken Mamma, Incision. Am 25. 4. Temperatur zur Norm abgefallen. Nach 32 Tagen post partum begibt sich Patientin in gebessertem Zustande in häusliche Pflege.

Fall 105.

Frau E. E. 18 Jahre I para. Anamnese: o. B.

3. 8. 1933. 10.16 Uhr Spontangeburt. 10.40 Uhr Leichte Blutung. 0,5 Orasthin. 11.00 Uhr Placenta spontan, stark zerklüftet. Milchprobe positiv. Starke Nachblutung. Uterus gut kontrahiert. Nachtastung mit Langer-Handschuh: Mehrere Placentareste werden mit Mühe entfernt. Kollaps infolge der starken Blutung. Langsame Besserung nach Herzmitteln, Kochsalzinfusion, Autotransfusion, Lichtbügel. Im Wochenbett bis zum 5. Tage Temp. bis 38,2°, von da ab fieberfreier Verlauf. Am 12. Tage entlassen.

Fall 106.

Frau E. D. 34 Jahre II para. Anamnese: Rachitis.

27. 9. 1933. 23.38 Uhr Spontangeburt.

28. 9. 1933. 0,35 Placenta spontan, suspect. Milchprobe positiv. 1.00 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Ausräumung von Placentaresten und Eihäuten. Puls irregulär aber gut gefüllt. Cardiaca, 1000 ccm Kochsalzinfusion. In den ersten Tagen Temperaturerhöhungen bis 38,2°. Leichte Anämie. Vom 5. Tage an fieberfrei, am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 107.

Frau E. K. 29 Jahre II para. Anamnese: 1 Abort. 1930 Eierstockentzündung.

28. 9. 1933. 3.40 Uhr Spontangeburt. 1,0 Orasthin. Schlechte Nachgeburtswehen. 4.40 Uhr Blutung ca. 400. 5.30 Uhr Placenta auf Crédé in Narkose, unvollständig. Milchprobe positiv. 5.50 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Placentareste werden von der Vorderwand entfernt. Puls schlecht. Cardiaca, Traubenzucker, Kochsalz. Patientin erkrankte am folgenden Tage an einer Bronchopneumonie, an die sich eine Endometritis anschloß. Temperaturen zwischen 37,5 und 38,8° bis zum 8. Tage. Schwindel und Schwächegefühl bleibt noh längere Zeit bestehen. Am 25. Tage post partum entlassen.

Fall 108.

Frau E. L. 20 Jahre I para. Anamnese: Lues.

7. 4. 1934. 18.11 Uhr Spontangeburt. 18.50 Uhr leichte Blutung. Placenta noch nicht gelöst. 1,0 Orasthin. 18.57 Uhr Placenta folgt auf Crédé, unvollständig. Milchprobe positiv. 19.50 Uhr Nachtastung: Lösung der Placentareste. Anschließend Uterusspülung mit 60%igem Alkohol. Puls schlecht. Temp. 39°. Cardiaca, Kochsalz. Bis zum 4. Tage erhöhte Temperaturen bis 38,3°. Labienödeme. Dann rasche Genesung. Am 14. Tage wegen des positiven Wassermann in ambulante Behandlung entlassen.

Fall 109.

Frau E. W. 32 Jahre II para. Anamnese: 1 Abort. Abgeheilte Tbc.

8. 6. 1934. 0,10 Uhr Spontangeburt. 0.40 Uhr Placenta spontan. Leichte Blutung. Milchprobe positiv. 1.10 Uhr Nachtastung: Großer Placentarest wird aus der Cervix entfernt. Da Puls schlecht, Cardiaca. Im Wochenbett starke Druckschmerzhaftigkeit des Leibes. Anämie (Hb 41%). Temperatur am 3. Tage 39,3°, sonst subfebril, vom 7. Tage an Abfallen. Allmähliche Besserung. Am 15. Tage post partum entlassen.

G. Fieberfrei verlaufene Fälle von — Nachtastung.

Fall 110.

Frau E. L. 26 Jahre I para. Anamnese: o. B.

9. 7. 1926. 5.50 Uhr Spontangeburt. 5.58 Uhr mittlere Blutung (600 ccm). 6.00 Uhr Placenta auf leichten Crédé; Blutung dauert abgeschwächt an. 1,0 Gynergen. Uterus bäumt sich auf. Blutung steht. Placenta suspect. 6.30 Uhr Nachtastung: Uterushöhle leer. Komplikationsloser Verlauf. Am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 111.

Frau E. K. 34 Jahre IV para. Anamnese: 1 Abort.

7. 12. 1927. 17.53 Uhr Spontangeburt. 18.25 Placenta spontan. Erscheint unvollständig. Nachtastung: Uterus ist leer. Gynergen + Pituglandol. Fieberfreier Wochenbettverlauf. Am 8. Tage post partum beschwerdefrei entlassen.

Fall 112.

Frau L. K. 2 Jahre II para. Anamnese: Rachitis. 1 partus prämaturus.

29. 8. 1928. 6.28 Uhr Spontangeburt. 6.50 Uhr Blutung, 1,0 Pituglandol i. m. 6.55 Uhr. Expression der Placenta nach Crédé, erscheint suspect. Nachtastung: Es werden nur Blutcoagula herausbefördert. Uterus gut kontrahiert. Blutung steht. 100 ccm Serum prophylaktisch. Nach fieberfreiem Verlauf am 8. Tage post partum entlassen.

Fall 113.

Frau G. L. 33 Jahre I para. Anamnese: 1 Abort.

1. 9. 1929. 1.02 Uhr Spontangeburt eines partus prämaturus. 1.40 Placenta spontan, suspect. Nachtastung: Uterus leer. Nach fieberfreiem Verlauf am 9. Tage post partum entlassen.

Fall 114.

Frau F. L. 24 Jahre I para. Anamnese: o. B.

18. 9. 1931. 4.50 Uhr Spontangeburt. 5.12 Uhr Placenta spontan, suspect. 5.30 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Uterus leer. Nach fieberfreiem Wochenbett am 10. Tage post partum entlassen.

Fall 115.

Frau H. O. 26 Jahre I para. Anamnese: o. B.

10. 10. 1932. 9.48 Uhr Spontangeburt. 11.12 Uhr Placenta spontan, suspect, Milchprobe positiv. 11.30 Nachtastung mit Langer-Handschuh: Es werden nur Coagula gefunden, kein Placentargewebe. Völlig fieberfreies Wochenbett. Am 11. Tage post partum entlassen.

Fall 116.

Frau Ch. Sch. 30 Jahre III para. Anamnese: Tubargravidität Unterleibsentzündung.

11. 6. 1933. 21.42 Uhr Spontangeburt. 22.00 Uhr geringe Blutung. Orasthin. 23.20 Uhr stark zerklüftete Placenta spontan. Milchprobe positiv. Nachtastung mit Langer-Handschuh: Der Uterus erweist sich als leer, das fehlende Placentastück wird im hinteren Scheidengewölbe gefunden Völlig fieberfreier Verlauf. Am 11. Tage post partum entlassen.

Fall 117.

Frau E. Sch. 21 Jahre I para. Anamnese: o. B.

4. 9. 1933. 8.45 Uhr Spontangeburt eines prämaturen Foeten. 9.25 Uhr 1,0 Orasthin i. v. 10.30 Uhr Placenta teilweise gelöst. 1,0 Orasthin. 10.55 Uhr da noch keine vollständige Lösung der Placenta erfolgt, Crédé in Narkose. Placenta folgt, sehr zerklüftet und suspect. 11.20 Uhr Nachtastung ergibt nur Eihautreste, kein Placentargewebe. Fieberfreier Wochenbettverlauf. Patientin wird am 9. Tage post partum entlassen.

H. Subfebril verlaufene Fälle von — Nachtastung.

Fall 118.

Frau F. S. 24 Jahre I para. Anamnese: Chorea. 1924 Gewächsoperation.

14. 5. 1926. 5.35 Uhr Spontangeburt. 6.00 Uhr Placenta spontan, erscheint nicht vollständig. 6.30 Nachtastung: Uterus leer. Zunächst fieberfreier Verlauf, dann tritt Grippe auf, Temp. bis 38°. Baldige Besserung. Am 17. Tage post partum entlassen.

Fall 119.

Frau K. W. 34 Jahre I para. Anamnese: o. B.; jetzt Oedeme Alb. 1/4 0/00 RR 210/160.

27. 6. 1926. 17.15 Uhr Spontangeburt. 22.45 Uhr Extraktion eines zweiten Kindes nach Wendung. 22.57 Uhr Placenta auf leichten Crédé, scheint suspect. 23.03 Uhr Nachtastung: Uterus leer. 1,0 Gynergen. In den ersten 24 Stunden post partum allstündliche eklamptische Anfälle. Am 2. Tage nur noch anfangs zweistündlich, später seltener. Aderlaß 250 ccm. Bis zum 7. Tage post partum Fieberzacken bis $37{,}8^0$. Rasche Besserung. Blutdruck sinkt. Am 10. Tage aufgestanden, am 13. Tage entlassen.

Fall 120.

Frau H. Sch. 22 Jahre I para. Anamnese: o. B.

29. 1. 1932. 15.02 Uhr Spontangeburt. 15.28 Uhr Placenta folgt auf leichten Druck, nicht sicher vollständig. Nachtastung mit Langer-Handschuh ergibt nur Eihautreste, keine Placentateile. Im Wochenbett leichte Endometritis. Temp. nicht über $37{,}9^0$. Am 14. Tage post partum entlassen.

Fall 121.

Frau E. Th. 38 Jahre III para. Anamnese: Rachitis 1. partus Forceps, 2. partus perforation, 11 Wochen krank an Puerperalfieber und eitriger Peritonitis.

13. 2. 1933. 9.42 Uhr durch Sectio vaginalis Extraktion eines abgestorbenen Foeten. 9.52 Uhr Expression der stark zerklüfteten Placenta. 9.57 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh ergibt keine Reste.

Im Wochenbett in den ersten 5 Tagen subfebrile Temp. bis 37.3^0 infolge Bronchitis. Weiterer Verlauf komplikationslos. Am 12. Tage post operationem entlassen.

I. Fieberhaft verlaufene Fälle von — Nachtastung.

Fall 122.

Frau H. K. 29 Jahre I para. Anamnese: o. B.

26. 6. 1930. 10.00 Uhr Forceps. Reichliche Blutung. 1,0 Pituglandol. 15.15 Uhr Uterus atonisch. Expression, der noch nicht ganz gelösten Placenta durch Crédé, nicht sicher vollständig. 22.17 Uhr Nachtastung: Placentareste wurden nicht gefunden. 1,0 Ergopit. Gute Kontraktion. Gesamtblutverlust ca. 800 g. Endometritis im Wochenbett. Temp. bis $38{,}1^0$. Am 8. Tage Fieber abgeklungen, am 12. Tage post partum entlassen.

Fall 123.

Frau E. H. 26 Jahre I para. Anamnese: 1 Abort.

9. 4. 1932. 16.50 Uhr Spontangeburt. 17.25 Placenta spontan, suspect. 19.00 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Man findet keine Placentareste im Uterus. Die ersten 6 Tage des Wochenbetts fieberfrei, dann Auftreten einer Cholecystitis, Icterus, Temperaturen bis $39{,}8^0$. Rasches Abklingen. Am 20. Tage post partum entlassen.

Fall 124.

Frau R. B. 25 Jahre II para. Anamnese: 1 Abort.

14. 3. 1933. 20.05 Uhr Decapitation eines abgestorbenen Foeten. Uterus zeigt bereits entzündliche Erscheinungen. Placenta folgt bald, zerklüftet. 20.20 Uhr Nachtastung mit Langer-Handschuh: Uterus leer. Am folgenden Tage Temperatur 40,1°, sinkt in den nächsten Tagen ständig ab. Am 16. Tage post operationem entlassen.

Tabelle I.

Manuelle Placentalösungen.

47 Fälle bei 8965 Gesamtgeburten = 0,53%

	Alle Lösungen	Hiervon entfallen auf die Lösung	
		a. nach vorausgegangenen geburtshilflichen operativen Eingriffen	b. nach Spontangeburten
	47	14 (29,8%)	33 (70,2%)
Fieberfreier Verlauf	14 (29,8%)	4 (8,5%)	10 (21,3%)
a. Subfebrile Fälle	14 (29,8%)	4 (8,5%)	10 (21,3%)
Morbidität			
b. fieberhafte Fälle	18 (38,3%)	6 (12,8%)	12 (25,5%)
Gesamtmortalität*)	1 (2,1%)	0 (0%)	1 (2,1%)
(gereinigte Zahl)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

*) 1 Todesfall nach Spontangeburt und manueller Placentalösung verursacht durch eine Glomerulonephritis vgl. Fall 1.

Tabelle II.

Nachtastungen.

77 Fälle bei 8956 Gesamtgeburten = 0,86%

	Alle Nachtastungen	Explorative Nachtastungen			Mit Entfernung von Resten		
		alle Fälle	nach operativen Eingriffen	nach Spontangeburten	alle Fälle	nach operativen Eingriffen	nach Spontangeburten
	77	15 (19,5%)	3 (3,9%)	12 (15,6%)	62 (80,5%)	10 (13,0%)	52 (67,5%)
Fieberfreier Verlauf	37 (48,1%)	8 (10,4%)	0 (0%)	8 (10,4%)	29 (37,7%)	2 (2,6%)	27 (35,1%)
Morbidität a) subfebrile Fälle	26 (33,7%)	4 (5,2%)	1 (1,3%)	3 (3,9%)	22 (28,5%)	5 (6,5%)	17 (22,0%)
Morbidität b) fieberhafte Fälle	13 (16,9%)	3 (3,9%)	2 (2,6%)	1 (1,3%)	10 (13,0%)	3 (3,9%)	7 (9,1%)
Gesamtmortalität*)	1 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (1,3%)
(gereinigte Zahl)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

*) 1 Todesfall nach Spontangeburt und Nachtastung infolge Schwangerschaftsanämie, vgl. Fall 2.

Uebersicht über die Wochenbettsdauer.

A. Bei manuellen Placentalösungen (46 Fälle)

Entlassung nach 7—13 Tagen	30 Fälle =	65,2%
Entlassung nach 14—19 Tagen	8 Fälle =	17,4%
Entlassung nach 20 Tagen und mehr	8 Fälle =	17,4%

B. Bei Nachtastungen (76 Fälle)

Entlassung nach 7—13 Tagen	60 Fälle =	78,9%
Entlassung nach 14—19 Tagen	12 Fälle =	15,8%
Entlassung nach 20 Tagen und mehr	4 Fälle =	5,3%

Im Vergleich zu anderen Statistiken kann man dieses Ergebnis trotz einer Morbiditätszahl von 38,3% bei den manuellen Placentalösungen als gut bezeichnen; denn kein einziger Fall ist im Anschluß an die manuelle Lösung oder Nachtastung an puerparaler Sepsis gestorben. Aus der Deutschen Geburtshilflichen Universitäts-Frauenklinik in Prag liegt aus dem Jahre 1931 (Heyrowski) ein Bericht über 131 manuelle Placentalösungen und 207 Nachtastungen vor. Die Morbidität ist bei der manuellen Placentalösung mit 15,3% angegeben, also um ein Wesentliches geringer als bei unserem Material. Dahingegen besteht eine Gesamtmortalität von 7%, und die gereinigte Zahl ergibt immer noch 2,3% Todesfälle. Bei den Nachtastungen haben wir mit 16,9% sogar eine niedrigere Morbiditätsziffer erreichen können. An der Prager Klinik beträgt die Morbidität bei Nachtastungen 24,16%, die Gesamt-Mortalität 1,5% ,die gereinigte Zahl 0,5%, bei uns 0%.

Anhand eines großen Materials von 1000 Fällen von manuellen Placentalösungen aus der II. Wiener Universitäts-Frauenklinik hat Heidler 1928 eine Sepsis-Mortalität von 2,8% aufzuweisen. Die Morbidität betrug 29,52%.

Die I. Wiener Universitäts-Frauenklinik weist innerhalb eines Zeitraumes von 20 Jahren bei 631 manuellen Placentalösungen eine Mortalität von 1,26% auf.

Wagner errechnete an seiner Klinik bei Nachtastungen eine Morbidität von 13,5% und eine Mortalität von 0%.

In älteren Statistiken schwanken die Mortalitätsziffern bei manuellen Lösungen zwischen 0 und 13,9%. Heidler und Steinhardt haben 1927 dieses Thema in den Würzburger Abhandlungen eingehend besprochen und den Beweis erbracht, daß solch hohe Mortalitätsprozente wie bei Rosenthal (München,

902) von 12,82% einer eingehenden kritischen Prüfung nicht tandhalten und deshalb nicht als Maßstab für neue Statistiken elten können. Dem kann man nur zustimmen und deshalb oll an dieser Stelle auf jene Arbeiten nicht weiter eingegangen erden.

Bei der Betrachtung der vorstehenden Ergebnisse kann man usammenfassend sagen, daß quoad vitam die Aussichten bei ewissenhaft ausgeführter manueller Placentalösung bezw. Nachastung gute sind. Morbiditätsprozentsätze von 38,3 bei manullen Lösungen und von 16,9 bei Nachtastungen geben aber nlaß, erneut die Forderung aufzustellen, diese Eingriffe nur bei trengster Indikation und nach Versagen der oben eingehend beprochenen anderen Maßnahmen vorzunehmen.

Es sei an dieser Stelle nochmals erwähnt, daß im letzten ahre bei 1209 Geburten am Cecilienhaus durch die richtige Anvendung von Hypophysen-Präparaten und der Gabaston'schen Methode noch keine Placenta manuell gelöst zu werden brauchte.

Zum Schluß soll noch einiges über die ätiologischen Moiente bei der Placentaretention erwähnt werden. Es kann nur urz darauf eingegangen werden, da es im Rahmen dieser rbeit nicht möglich war, einen Vergleich mit jenen Geburten u ziehen, bei denen unter gleichen Voraussetzungen eine ganz ormale Nachgeburtsperiode erfolgte, und daraus eine proentuale Berechnung aufzustellen.

Man macht meistens eine geschädigte Uterusschleimhaut ür das totale oder teilweise Anhaften der Placenta verantwortich. Als solche schädigenden Momente werden u. a. genannt: borte, meist mit nachfolgender Curettage, ferner Myome, beonders die submucösen, und schließlich die Lues.

Bei unserem Material haben wir insgesamt in 54 Fällen 44,4%) vorangegangene Aborte aufzuweisen. Unterleibserrankungen, bezw. Operationen waren in 20 Fällen nachzuveisen, Lues bestand in 4 Fällen, und Rachitis war 12 mal orhanden. Myome finden wir 5 mal angegeben, 4 mal mußte er Eingriff nach Geburt von Zwillingen vorgenommen werden, nd 5 mal nach einem partus prämaturus. Es kamen öfters ombinationen mehrerer dieser Ereignisse vor. Es verbleiben ann schließlich noch 47 Fälle, wo die Anamnese keine Beonderheiten aufweist, davon sind 8 Mehrgebärende und 39

Erstgebärende. Bei der Aufzählung dieser Zahlen müssen w es bewenden lassen..

Auch in der Literatur findet man nur vereinzelt Arbeite die sich mit ätiologischen Problemen bei Placentaretention b fassen, und dort handelt es sich auch lediglich um Einzelfäl Nebesky (Salzburg, 1925) beschreibt einen Fall von Place taretention infolge eines Myoms, wobei der Uterus exstirpi werden mußte, da das Myom verjauchte. 1933 stellte er ei Statistik auf, wo in 7 Jahren bei 5000 Geburten 2 mal ei Placentaretention bei Anwesenheit eines Myoms vorkam. Dies Ergebnis deckt sich ziemlich mit unserem, es fehlen aber leid dort wie hier die Vergleiche, in wieviel Fällen ein vorhanden Myom die Nachgeburtsperiode unbeeinflußt läßt.

Ein Ergebnis von 44,4% Aborten in der Anamnese lä dagegen schon eher Rückschlüsse zu. Daß es sich ferner 39 Fällen = 31,4% um Erstgebärende ohne anamnestisch Besonderheiten, besonders ohne Abort handelt, muß mit Vo behalt aufgenommen werden, da viele Patientinnen diesen Ur stand verschweigen. Trotzdem kann man die Tatsache fes stellen, daß obige Komplikationen zwar ein förderndes Mome zur Placentaretention bedeuten, sie aber nicht in jedem Fal bedingen, und daß selbst nach Spontangeburten bei Ers gebärenden ohne jene anamnestischen Angaben dieses Ereign auftreten kann.

Literaturverzeichnis.

1. Ahlfeld: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 10, S. 841. „Ueber Crédé".
2. — Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 28, S. 345. „Manuelle Placentalösung."
3. Benzion: Zentralblatt für Gynäkologie 1929, S. 2665, „Erfahrungen mit Gabaston."
4. Burckhardt: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 21, S. 1344, „Technik bei manueller Placentalösung".
5. Esch: Zentralblatt für Gynäkologie 1921, S. 341, 1926, S. 857, „Ueber Dauerheilung und über die Aetiologie der perniciosa-ähnlichen Schwangerschaftsanämie".
6. Gocke: Zentralblatt für Gynäkologie 1933, S. 974, „Mortalität und Morbidität bei Nachtastungen".
7. Heidler: Wiener Klinische Wochenschrift 1924, Nr. 33, „Behandlung von Störungen der Nachgeburtsperiode".
8. — Wiener Medizinische Wochenschrift 1925, Nr. 39 u. 47, „Therapeutische Richtlinien bei physiologischer und pathologischer Nachgeburtsperiode".
9. — Wiener Klinische Wochenschrift 1927, Nr. 32, „Zur Pathologie und Therapie der Nachgeburtsperiode".
10. — Wiener Klinische Wochenschrift 1928, Nr. 20, „Ueber die manuelle Placentalösung".
11. — Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Band LXVI., „Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode, mit besonderer Berücksichtigung der „Auffüllung" der Placenta durch die Nabelschnurvene".
12. — Wiener Klinische Wochenschrift 1930, Nr. 35, „Blutungen in der Nachgeburtsperiode".
13. Heidler und Steinhardt: Würzburger Abhandlungen. 1927, Bd. 24 „Ueber die manuelle Placentalösung".
14. Heyrowski: Zentralblatt für Gynäkologie. 1931, Nr. 24, „Manuelle Placentalösung und Uterus-Austastung".
15. Hoehne: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 38, S. 1465, „Ueber Placentareste".
16. Jeß: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 49, S. 1030, „Intrauterine Eingriffe".
17. — Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 50, S. 2440, „Hypophysenextrakt bei Nachgeburtsblutungen".
18. Kiefer: Zentralblatt für Gynäkologie, Nr. 49, S. 860, „Morbidität bei manuellen Placentalösungen und Nachtastungen".

19. Koch, E. A.: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 49, S. 1399, „14stündig Placentaretention".
20. Krieger, E.: Zentralblatt für Gynäkologie 1930, S. 2789, „Verhütun von Placentaretention".
21. Langer: Medizinische Welt, 4. 3. 1933, „Infektionsverhütung bei manu eller Placentalösung und Nachtastung".
22. Liepmann: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 37, S. 764, „Placentareten tion und Pituglandol".
23. — Geburtshilfliches Seminar.
24. Naiditsch: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 49, S. 2916, „Manuell Placentalösung".
25. Nebesky: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 49, S. 2138, „Placenta retention infolge Myoms".
26. — Zentralblatt für Gynäkologie 1933, S. 2934, „Myom bei Placenta retention".
27. Peters: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 34, S. 225, „Manuelle Pla centalösung".
28. Sacharow: Zentrbl. f. Gyn. Nr. 48, S. 2480, „Nachgeburtsperiode".
29. Schwarz, B.: Zentrbl. f. Gyn. Nr. 44, S. 217, „Gabaston".
30. Schloßmann: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 49, S. 1333, „Todesfa infolge Luftembolie nach manueller Placentalösung".
31. Schulz, B. S.: Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 42, S. 313. „Einspri zung in die Nabelvene bei Placentaretention".
32. Sommerfeld: VI. Jahresbericht des Deutschen Instituts für Frauen kunde 1931, „Erfahrungen mit dem Langer-Handschuh bei Ein griffen in die Gebärmutterhöhle nach der Geburt".
33. Stoeckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Lebenslauf

Ich, Jolanda, Katharina Lamschik, bin am 14. Dezember 1908 in Felleringen (Oberelsaß) geboren. Mein Vater ist der Ministerialamtmann im Reichsverkehrsministerium, Major a. D. Rudolf Lamschik. Meine Mutter, Anna Lamschik geb. Kass, ist am 30. 4. 1932 gestorben. Ich bin evangelischer Konfession. In Straßburg (Els.) besuchte ich vom 5. bis zum 9. Lebensjahre die Koebig'sche höhere Mädchenschule. Alsdann trat ich in die Sexta des dortigen protestantischen Gymnasiums ein, wo ich bis zur Ausreise meiner Eltern aus dem Elsaß nach Berlin, d. h. bis Mitte Juli 1919, verblieb. In Berlin besuchte ich vom Herbst 1919 bis Ostern 1925 die Auguste-Viktoria-Schule. Mit dem Schlußzeugnis der Untersekunda verließ ich diese Anstalt, um mich anschließend auf Privatschulen zum Abitur vorzubereiten. Die Reifeprüfung legte ich als Externe am 13. Februar 1928 vor dem Provinzialschulkollegium in Berlin-Lichterfelde mit Erfolg ab.

Zu Ostern 1928 ließ ich mich in Berlin an der Friedrich-Wilhelms-Universität für das Fach der Medizin immatrikulieren. Meine gesamte Studienzeit habe ich in Berlin verbracht. Nach dem 5. Semester legte ich die ärztliche Vorprüfung ab, die ich am 1. November 1930 vollständig bestanden habe. Im Oktober 1933 begann ich die ärztliche Staatsprüfung, welche ich am 14. Februar 1934 mit dem Gesamtprädikat „gut" beendete.

Mein praktisches Jahr habe ich vom 12. März 1934 bis 11. März 1935 an der Inneren Abteilung des Stubenrauch-Kreiskrankenhauses Berlin-Lichterfelde abgeleistet.